Ombudsman

National Defence and Canadian Forces

Défense nationale et Forces canadiennes

Follow-up Report

Review of DND/CF Actions on Operational Stress Injuries

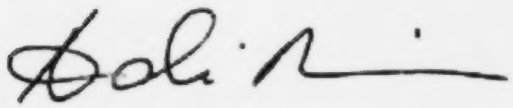
André Marin,
Ombudsman

Canada

103-07564/

December 2002

When I released my special report, *Systemic Treatment of CF Members with PTSD*, I committed to re-assess the issues nine months later. This report, delivered to the Minister of National Defence on the day marking the nine-month anniversary of the first report, meets that commitment.



André Marin
Ombudsman
Department of National Defence and the Canadian Forces

Investigative team

Director of the Special Ombudsman Response Team and Lead Investigator

Gareth Jones

Special Advisor to the Ombudsman on Post Traumatic Stress Disorder

Brigadier-General (Retired) Joe Sharpe

Ombudsman Investigators

Brigitte Bernier

George Dowler

Liz Hoffman

Bob Howard

Guy Parent

Table of contents

Executive summary i

Introduction 1

Investigative process 3

Analysis of CF response 7

Recommendation 1 7
Recommendation 2 10
Recommendation 3 12
Recommendation 4 15
Recommendation 5 18
Recommendation 6 21
Recommendation 7 23
Recommendation 8 25
Recommendation 9 28
Recommendation 10 30
Recommendation 11 32
Recommendation 12 35
Recommendation 13 38
Recommendation 14 40
Recommendation 15 43
Recommendation 16 45
Recommendation 17 48
Recommendation 18 50
Recommendation 19 53
Recommendation 20 57
Recommendation 21 59
Recommendation 22 61
Recommendation 23 64
Recommendation 24 66
Recommendation 25 68
Recommendation 26 70
Recommendation 27 74
Recommendation 28 77
Recommendation 29 79
Recommendation 30 82
Recommendation 31 86

Challenges 93

Resources 93

Growing gap between the operational chain and caregivers 96
Fairness 97

Conclusion 99

Appendix: List of abbreviations and acronyms 101

Executive summary

1 Overall, the Canadian Forces (CF) has indeed made progress in the implementation of a number of initiatives designed to deal with operational stress injuries (OSIs) since the release of my report in February 2002. When taken together, these initiatives will eventually go a long way towards improving the welfare of the men and women who generate the combat capability of the CF. A significant number of these initiatives flow from the recommendations I made in the original report. I am also pleased that there has been some acceleration in the implementation of initiatives that were under way before my report was released.

2 I recognize that changes in an organization as large as the Department of National Defence (DND) take a long time to become effective. Indeed, I anticipated that many of the changes I recommended would take much longer than nine months to implement. However, nine months is a considerable period of time and more than sufficient for some very significant things to happen. This report is designed to gauge the level of CF progress in implementing the recommendations.

Improved deployment-related procedures

3 During the course of this investigation, it became clear to me and to my investigators that the level of awareness of stress-related injuries in the CF has improved markedly. For example, with Rotation 9 and 10 of OP PALLADIUM deployed to Bosnia in 2001 and 2002, changes in the level of psychological support for the Battle Group drawn largely from personnel at Canadian Forces Base (CFB) Valcartier were beginning to become evident. The decision to deploy a Canadian Battalion Group to Afghanistan to help combat terrorism provided a further opportunity for the CF to demonstrate a commitment to deal with the issue of stress reduction during operations and on redeployment in a number of ways — such as the decompression time in Guam and the gradual reintegration of members with their families. While the confirmation of the success of those initiatives must await further examination, it is clear that so far the majority of CF members and their families view these actions as very positive.

CF review of OSI training and education

4 When I drafted the recommendations in the first report, I deliberately used language that, while identifying a problem and broad solutions, gave the CF considerable latitude to create practical solutions that achieved the desired result. I believe this approach has borne fruit, especially in response to my recommendations on training and education. After my report was released, the CF commissioned a comprehensive review of the current state of training and education about OSIs in the CF. The review, which took four months to complete and was finalized in September 2002, made 25 recommendations, which mirrored those that we had made. It is my understanding that the CF will implement those recommendations.

Social work conference

5 I was also pleased that a training session was held for CF social workers, which included a segment on post traumatic stress disorder (PTSD), as per my recommendation. I strongly recommend that this exercise be repeated annually.

Successful OSI social support program

6 On another positive note, the Operational Stress Injury Social Support (OSISS) project has been a tremendous success. OSISS has a mandate to provide peer counselling and support for members who may have an OSI, and to conduct education and training about OSIs for CF members and others. Its success is owing not only to the dedication of its staff but also to the championing it has received from the highest levels of the chain of command, in particular from the Assistant Deputy Minister (Human Resources — Military) [ADM (HR-Mil)]. The CF deserves tremendous credit for this initiative and I encourage the organization to provide OSISS with the resources it needs to realize its full potential.

Negative attitudes prevail

7 Unfortunately, very little progress has been made in a number of important areas. For example, in the critical area of culture change, the all-important peer attitude remains largely negative. Resource shortages and high workloads will continue to make it difficult to change attitudes and improve acceptance of members suffering from an OSI. Units are not generally requesting the outreach training that I believe will start changing the culture of ostracism and stigma that was so apparent in my original investigation.

Effective co-ordination needed

8 One of my key recommendations was that the CF should introduce the position of PTSD co-ordinator reporting directly to the Chief of the Defence Staff (CDS). This was needed to deal with the many disparate interests and organizations within the CF that have input into how the institution deals with OSI issues. For example, the Army, Navy and Air Force (the Environmental Chains of Command), the organization responsible for deployment (the Deputy CDS), and the medical, training and education systems all report through different chains of command. I strongly encouraged the CF to adopt a holistic approach to tackle these complex issues, which is why I recommended the creation of a PTSD co-ordinator who reports directly to the CDS. The CF, while acknowledging that there was a pressing need for co-ordination, wanted to deal with this issue within existing frameworks.

9 In my discussions with senior health officials from DND/CF, I have noticed a reticence to launch a blitz on the OSI issue. The rationale appears to be that there are many serious health issues in the organization, all of which require prompt redress, and that singling out one problem as more pressing than others would somehow be unfair to those suffering other illnesses. With respect, I disagree with that proposition. What is unfair is to treat each problem equally without regard to the severity of individual issues. To do so would result in OSI not receiving proper consideration. In my view, the poor treatment historically afforded those suffering from an OSI make it stand out from other problems facing senior health officials. Therefore, it deserves special attention.

10 I therefore pursued the recommendation to create the position of PTSD co-ordinator with the CDS on several occasions after the release of the report in February 2002. As a result, the CDS created the position of Special Advisor to the CDS for Operational Stress Injury (SA CDS [OSI]), who will report directly to him. The ADM (HR-Mil) created the Operational Stress Injuries Steering Committee that is designed to bring all the stakeholders within the CF around the same table.

11 It is premature to pass final judgement on the efficacy of this system. It is worth noting, however, that the OSI Steering Committee has met only twice since its creation and the Special Advisor, who has other primary duties, has yet to get fully up to speed on the issues, though she has indicated that she intends to go into the field and explore first hand what is happening.

12 There is certainly still a need for effective co-ordination of the CF response to OSIs. Consistent and co-operative communication among agencies and personnel that share the caregiving responsibility is still lacking. In some locations, work therapy opportunities in the form of occupational transfers are ignored owing to the lack of understanding of the Service Personnel Holding List (SPHL) capabilities. As a result, potential work therapy opportunities are being missed in locations that have jobs that need to be filled.

Reluctance to seek treatment

13 Many CF members are still reluctant to come forward and seek treatment, and in some areas, treatment is difficult to access. I am particularly disappointed at the lack of progress made in initiating a pilot project that locates one Operational Trauma and Stress Support Centre (OTSSC) off-base. The object of this recommendation was to attempt to provide an alternative for the significant number of members who refused to seek, or delayed seeking, treatment because the OTSSCs were all in highly visible locations on bases. The CF undertook to examine in detail this recommendation to create a pilot project, and I understand that its analysis will not be completed until March 2003. The need for an off-base OTSSC is still as acute as it was when my first report was released. During the course of this investigation, it was still clear that the vast majority of members and a significant number of caregivers supported the idea. Worryingly, we were advised that several members who had recently returned from Afghanistan

wanted assistance, but were refusing to seek treatment at the OTSSC because of the stigma associated with being seen there and concerns they had over the confidentiality of their medical records. This makes the need to try a pilot project even more acute, and I am baffled and concerned by the lack of progress to seek solutions.

14 I have been informed that a query by National Defence Headquarters prompted OTSSC officials to clearly indicate that if a patient expressed a desire to receive treatment from outside a military clinic, the OTSSCs would happily draw on resources from the civilian community. This, however, does little to reach out to those who are staying away from military clinics owing to the prevailing stigma in the military surrounding those suffering from OSI. The whole point of locating an OTSSC off-base was to make it easier for patients to seek treatment by removing the fear that they would be seen and then labelled as weak soldiers.

Better data gathering needed

15 I am concerned at the lack of progress made in collecting statistics from OTSSCs, and that only rudimentary steps have been taken to ensure the CF has an accurate statistical foundation on which to base policy and practice. OTSSCs have no internal electronic databases and have to collate statistics manually, which is unnecessarily time consuming.

Requirements for unit support ignored

16 I am frustrated that units are, generally speaking, still not keeping in regular contact with members on the SPHL, and are ignoring CF-wide and local requirements for them to do so. The situation for Reservists has also not improved quickly enough.

Valuable members lost

17 I am also concerned that the CF continues to lose valuable and trained members as a result of rigid and complicated rules surrounding the ability of members suffering from OSIs to transfer occupations. This is of particular concern in light of recent reports that the CF continues to experience shortages of trained personnel.

I fully understand that this is a complex issue but more work must be done to ensure that experienced, qualified and capable members are retained in the CF. More attention also needs to be paid to the caregiver burnout problem. Too many dedicated people are themselves becoming victims.

18 Although the OSI Steering Committee is undertaking the development of "communication strategies to get the message out," on occupational transfers, I do not believe the issue is simply a matter of being misunderstood. To this day, too many soldiers are simply released because the occupational transfer process is far too complicated.

19 The Auditor General of Canada emphasized the need to recruit and retain CF members to fill existing shortages in the April 2002 report to the House of Commons. In my original report, I emphasized that the CF will ultimately save significant resources currently spent on recruiting and retention if it can retain experienced members who have an OSI. To do so will require a continuing focus on first-class treatment for members who do come forward. It will also require that the CF create a culture where members who may have an OSI are confident that seeking treatment is not a 'one-way ticket' out of the CF. I am also concerned that, given the experience of other military organizations, the CF may become increasingly embroiled in very expensive litigation, initiated by members who believe the CF has been negligent in responding to OSIs.

Senior leadership's commitment

20 I am encouraged by the commitment of senior CF leadership to provide the necessary resources to achieve the goal of acting diligently to help members suffering from OSIs. Two days after the release of my first report on this issue, I was called to testify at the Standing Committee on National Defence and Veterans Affairs (SCONDVA). SCONDVA also heard from senior CF leaders that day, including the ADM (HR-Mil), who indicated that DND/CF "is committed to provide necessary resources that we need to attack this problem."

21 Overall, and encouragingly, my investigators have sensed a renewed determination at the senior levels within the organization to move this issue forward, and some tangible movement has been evident. However, we should not underestimate the difficulty of

changing entrenched ideas and ultimately the culture in the field, without immediate and constant pressure. In my opinion, the situation is somewhat analogous to the heart (the strong support of senior management) pumping, but major problems with the blood getting to the extremities (the culture in the field) where it is needed. In this case, the clogged arteries that are causing the slowdowns and blockages are lined with bureaucracy. The longer it takes to clear the arteries and start some of these improvements, the more difficult it will be to deal with the entrenched problems.

Introduction

22 On 5 February 2002, I released a report to the Minister of National Defence on the systemic treatment of Canadian Forces (CF) members with post traumatic stress disorder (PTSD). The report focussed on the CF's treatment of Corporal (Cpl) Christian McEachern, a young soldier and former member of the 1st Battalion of the Princess Patricia's Canadian Light Infantry (1 PPCLI) who was diagnosed with PTSD in the fall of 1997 and released from the CF in July 2001. As the investigation into his treatment progressed, it became apparent that a number of the issues arising from his complaint were systemic in nature.

23 The report concluded that Cpl McEachern's complaints were justified. As is the case for many CF members who suffer from stress-related injuries including PTSD, he was stigmatized and isolated from his unit, without the peer support that could have sustained him. The report made 31 recommendations designed to assist the CF in improving the way it deals with stress-related injuries. The CF has accepted all of these recommendations, in whole or in part.

24 Recognizing the importance of this issue, I committed to publish a follow-up report within nine months on the organization's progress in improving the welfare of its members with PTSD and other operational stress injuries. This report, delivered to the Minister of National Defence on the day marking the nine-month anniversary of the first report, meets that commitment and reflects the organization's progress. My investigators examined each recommendation in turn, identified the CF's actions in response to the recommendation, and then evaluated the progress and results of the implementation.

25 During the course of this follow-up investigation, concerns were raised about the use of the term "post traumatic stress disorder" or PTSD. Several people, including professional caregivers, service personnel, families and members of the chain of command, felt that the term PTSD was too specific, as it failed to capture the entire range of stress-related issues. The exclusive use of the term PTSD left many people with the impression that unless an individual was actually diagnosed with PTSD, he or she was not suffering from stress-related injuries. "Operational stress injury" is in common usage among many of the groups we talked with, and the CF is using this term in its responses to the recommendations in the first report. To avoid any confusion, throughout this report, I have adopted the term operational stress injury (OSI).

Investigative process

26 I assigned this follow-up investigation to the Special Ombudsman Response Team (SORT), headed by Director Gareth Jones. SORT was charged with the initial investigation into CF treatment of members with PTSD. Overall, a team of dedicated and committed investigators conducted the investigation and drafted this follow-up report. The principal investigation was conducted by Mr. Jones, Brigadier-General (BGen) (Retired) Joe Sharpe (my Special Advisor on PTSD) and Investigator Brigitte Bernier. A number of Ombudsman investigators across the country, including George Dowler in Halifax, Liz Hoffman and Bob Howard in Winnipeg, and Guy Parent in Ottawa, also contributed time, energy and ideas.

27 The investigative team interviewed or consulted with approximately 300 people in Comox, Esquimalt, Edmonton, Winnipeg, Shilo, Trenton, North Bay, Valcartier, Québec City, Halifax, Sydney, Debert, Shearwater, Gagetown and Ottawa. The interviewees included:

28 • a cross-section of Commanding Officers (COs), Base Commanders, senior-ranking Non-Commissioned Members (NCMs) and members of field units based at Valcartier, Winnipeg, Shilo, Halifax, Gagetown and Edmonton;

29 • management and staff at Operational Trauma and Stress Support Centres (OTSSCs) in Halifax, Valcartier, Edmonton and Esquimalt;

30 • senior members of the CF Health Services and CF Medical Group Headquarters (CFMGHQ), including the Director General Health Services (DGHS), the Surgeon General (Surg Gen), the Deputy Chief of Staff Health Service Delivery, Director of Social Work Policy and Standards, the Director Casualty Support and Administration (DCSA);

31 • senior National Defence Headquarters (NDHQ) staff, including the Special Assistants to ADM (HR-Mil);

32 • the Special Advisor to the CDS for OSI and the Assistant Special Advisor to the CDS for OSI;

33 • staff at Military Family Resource Centres (MFRCs) across Canada;

34 • personnel from the Occupational Stress Injury Social Support (OSISS) project;

- Veterans Affairs Canada (VAC) employees;
- the Royal Canadian Legion;
- Military Police officers;
- members and former members diagnosed with PTSD and, in some instances, their family members;
- the Commander and Deputy Commander Land Forces Western Area;
- CF military and civilian social workers, general practitioners, base surgeons, mental health nurses, psychologists and other caregivers; and
- soldiers, sailors, airmen and airwomen deployed on OP APOLLO, both in the Persian Gulf and at Kandahar.

42 In September 2002, I met with senior officials from the United Kingdom Ministry of Defence, the Royal Navy, the Royal Marines, New Scotland Yard and the Irish Defence Force to determine how other military and para-military foreign agencies deal with OSIs.

43 The investigative team obtained and examined a large number of documents, including the minutes of the OSI Steering Committee meetings, terms of reference for various individuals and committees (including the Special Advisor to the CDS for OSI), and OTSSC statistical and budget information. They reviewed the needs assessment of training and education on OSIs prepared by the Director Training and Education Policy (DTEP) in response to my original report, and the action plan prepared by ADM (HR-Mil) in response to the recommendations.

44 Despite raised eyebrows by some at higher levels who questioned my Office's role in conducting a follow-up investigation on the implementation of my recommendations, the investigative team received exemplary co-operation from DND/CF, both in the field and at NDHQ. I wish to thank everyone who assisted my investigators for their diligence and commitment to ensuring we had the information we needed to ensure this investigation was as comprehensive and objective as possible.

45 My investigators reviewed each of the 31 recommendations in the report before beginning the interview and information-gathering process. They sought and received input from personnel within the CF, indicating how the organization was approaching the

implementation of each recommendation and updated that information in the last few weeks before completing the analysis. Then they investigated how the approach was working in the field, and assessed what they found. We have presented the results individually for each recommendation in the first report.

46 The response to the report on systemic treatment of CF members with PTSD was overwhelming. We received hundreds of faxes, emails and telephone calls from people who wished to share their experiences and to acknowledge their support for the attention being drawn to this important and serious issue. In the words of one Master Corporal, an infantry soldier and PTSD patient, the report "had bold and well-meaning ideas for the military to put into place." An experienced social worker, commenting on the first report, stated: "Reading that report was like reading the stories of many of my guys."

47 We hope this report gives an accurate account of how the CF is dealing with the challenges and opportunities to improve the welfare of its members and enhanced operational effectiveness offered in the original report.

Analysis of CF response

48 Shortly after our report was released, ADM (HR-Mil) created a chart that summarized the CF response to our recommendations. In our review of each recommendation, I have included the CF response as it appears on that chart.

Recommendation 1

49 The Canadian Forces develop a database that accurately reflects the number of Canadian Forces personnel, including members of both the Regular and Reserve Forces, who are affected by stress-related injuries.

CF response

50 This recommendation is supported and will be addressed in full. Pending implementation of the CF Health Information System (CFHIS), DGHS will create and maintain a database of CF members afflicted with Operational Stress Injuries (OSI) through a manual reporting process. The precise mechanics on the data fields to capture and how the data will be reported, collated and analysed will be developed with an expected implementation of 01 Apr 02. These returns will continue until the CFHIS is in place. The OSI manual reporting process has been initiated, and more than half of the 35 bases surveyed have responded.

Analysis

51 Common sense dictates that solid data is needed to determine the prevalence of OSIs in the CF. One OTSSC staff member summed it up well, stating, "Collecting data — it's essential, both for prevention and treatment." It is also needed to identify the resources required to address OSI issues. Further, a comprehensive statistical base is essential to counteract many misconceptions that continue to exist about the frequency and severity of stress-related injuries. Statistics will also be beneficial for research activities planned by DGHS. The CFHIS is a multi-million dollar software-based information management system that should provide fully automated record keeping for all medical information on CF members. Although the capabilities of this system will be

impressive once it is operational, its development has experienced problems that have delayed the implementation date. According to DGHS, it will be at least two years until the system is up and running.

52 DGHS staff advised my investigators that, until the automated CFHIS is operational, they have begun collecting statistics manually on OSIs from CF health care facilities. This process began in May 2002, and includes data on Reserve and retired members if they are being seen at a CF clinic. These statistics are not collected directly from OTSSCs or mental health units, but rather through clinic managers at 35 bases across Canada. Every month each manager is sent a form requesting the number of CF members who fall into the following categories: new presentations with OSI symptoms; patients who are believed to be suffering from an OSI; patients receiving ongoing treatment for OSIs; discharges back to duty with no restrictions; and those discharged with restrictions, including those recommended for medical release.

53 As noted in the CF response above, to date approximately half the bases have responded, with the quality of information varying from "extremely accurate" to "vague," according to DGHS staff. DGHS expects the quality of the data to improve as the personnel responsible for submitting the information become more familiar with what is required. The statistics do not make a distinction between Regular and Reserve Force members, though efforts are being made to improve the process, including requesting actual diagnoses and obtaining input from VAC.

54 A senior OTSSC staff member advised us of concerns over the accuracy of the figures being sent back to Ottawa. In some instances, it was possible for numbers to be miscalculated and perhaps double counted. In fact, a DGHS staff member involved in the collection process stated that there was currently a 'fudge factor' of plus or minus 10 percent when asked if he could provide the number of CF members suffering from OSIs. The potential for double reporting was known within ADM (HR-Mil), and releasable statistics will not be available until that is rectified. As well, the OTSSCs do not currently have access to the data, making it "useless" to them, according to a senior DND mental health professional. On a positive note, the figures are being forwarded to the Special Advisor to the CDS for OSI.

55 The vast majority of OTSSC staff we spoke to thought access to up-to-date statistics was very important. In several of the OTSSCs that my investigators visited, there has been little or no progress developing an internal electronic database for collecting statistics.

All statistical information, such as the numbers of patients, diagnosis, age, gender, element and other information, must be culled manually from patients' files, which, we were advised by OTSSC staff, is an often frustrating and time-consuming process for already-overburdened clerical and management staff. There are no mechanisms in place to share information quickly and easily between OTSSCs. We found considerable frustration among managers and caregivers because they do not have the statistical tools they believe they need.

56 The original speed with which the OTSSC concept was implemented precluded the early development of an effective approach to building a database. Unfortunately, the automated CFHIS has run into a bureaucratic snag, with no firm anticipated in-service date.

Conclusion

57 Senior leadership in the department remains fully committed to implementing CFHIS. The CF has begun to manually collect statistics on OSIs, pending the introduction of CFHIS. However, OSI data collection is very much in its infancy and DGHS staff recognize that the system is still evolving and is far from perfect. It was disappointing for my investigators to return to OTSSCs and still find that there is no electronic database to give easy access to current statistics.

Recommendation 2

58 The Canadian Forces develop a database on suicides among members and former members.

CF response

59 This recommendation is fully supported and has already been addressed in part; a new project will be instituted to implement this recommendation to the greatest degree practicable. DCSA maintains a database on suicides by serving members (e.g., Regular Force and reservists on call out). Unless voluntarily reported to the CF, a former member's cause of death is unknown and not recorded. Where known, suicides of former members or reservists not on duty will be recorded and this information will be maintained by DCSA. DND will work in collaboration with VAC to establish joint procedures to address this issue. A meeting planned for 24 September [2002] with VAC was expected to develop a framework and a timeline to advance this issue, however time constraints prevented an in-depth discussion. Another meeting has been scheduled between DCSA and the VAC Director of CF Services for 4 October to further explore the issue.

Analysis

60 In the original report, I noted that statistics about suicides and attempted suicides could provide the CF with important information about PTSD-related issues. My investigators heard anecdotally that a number of members and former members who had been deployed had committed suicide. Raw data on suicides may furnish valuable information, including relationships to specific deployments or units that the CF could focus on in assessing their approach to dealing with OSIs.

61 DCSA does not produce these statistics directly. They indicated they rely on Military Police casualty or very serious injury reports and information from units and/or formations. As of August 2002, a new way of reporting data on suicides has been implemented where the information from existing databases have been

combined to provide more accurate and updated information. DCSA has been collecting data on this new database for approximately two months but as yet the database does not have any outputs identified. DCSA receives input from the Military Police and social workers on every recorded suicide in the CF, and we understand that these statistics can be provided quickly when requested. Further, my investigators were told that the number of recorded suicides within the CF averages approximately 12 a year, and that the rate of suicide when standardized for age and sex is lower on average than that of the general Canadian population.

62 If the DCSA receives a death notice where the cause of death is not indicated, it is referred to the senior social worker at DGHS for investigation. At this time, DCSA takes no formal action with the data, and the regular reports generated by the DND/VAC Centre for the Support of Injured and Retired Members and Their Families do not include suicides.

63 As noted in the first report, former members are not being tracked, nor are Reserve members who commit suicide unless they do so while they are on active duty.

64 There is no mechanism to collate suicide statistics involving off-duty Reservists or former members from provincial coroners or medical examiners' offices. We were advised it would be difficult to put in place an effective and efficient process to achieve that goal. However, we were very recently informed that DCSA will meet with VAC in the near future to discuss developing procedures to collect suicide data on former members receiving a pension.

Conclusion

65 There has been progress in implementing this recommendation with respect to serving CF members. The CF should continue efforts to maintain an accurate database on suicides and suicide attempts. This information may assist in identifying trends and ensure an early awareness of potential problems.

66 The ability to obtain accurate and timely information with respect to suicides by off-duty Reservists and retired members is limited because off-duty and former members are not actively tracked by the CF. I am pleased that efforts are being made to establish means to collect whatever data is available, particularly for former members, through arrangements with VAC.

Recommendation 3

67 The Canadian Forces conduct an independent and confidential mental health survey that includes former members, as well as Regular and Reserve components.

CF response

68 This recommendation is fully supported and has already been addressed in part. In conjunction with a Canadian mental health survey being conducted by Statistics Canada, DGHS has commissioned them to also conduct a mental health survey for serving Regular and Reserve Force members. DGHS is not however mandated to survey retired CF members. DND will work in collaboration with VAC to establish joint procedures to address this issue. DCSA is to contact VAC and investigate if they could conduct a mental health survey of veterans. DGHS is to provide regular updates to the Ombudsman on the status of the mental health survey.

69 The referenced survey was initiated in May 2002 with data collection scheduled for completion in December 2002. As of early September 2002 more than half of both the regular and reserve elements were complete. Higher than anticipated return rates are being experienced. There have also been preliminary discussions with VAC and the issue of a mental health survey of veterans was to be advanced at a meeting in late September 2002; however it has now been rescheduled due to the amount of material at the meeting.

Analysis

70 This recommendation was made to ensure accurate and timely statistics were available to the CF to make certain the appropriate level of effort was devoted to dealing with mental health issues in general and stress-related injuries specifically.

71 Representatives from my Office have regularly attended meetings of the Canadian Community Health Survey Statistics Canada/CF

Steering Committee, which is charged with overseeing the implementation of the survey, a joint Statistics Canada–DND effort. The ongoing mental health survey is progressing very well and appears to be returning good data. The targeted percentage of the sample design was 5,000 for the Regular Force and 3,000 for the Reserve Force. As of 30 September 2002, 3,911 completed responses had been received from the Regular Force and 3,049 from the Reserves, which accounts for 64 percent and 78 percent of total sample, an excellent return rate. The anticipated target date for the completion of the field data collection is mid-December 2002 and processing the data is targeted for May 2003.

72 My investigators heard about the survey from a number of personnel in the field, and while the length of time required to fill out the forms was mentioned as a concern, the overall reaction to the survey was positive. The inclusion of Reservists in the survey was particularly well received.

73 I understand that former members will not be included in the survey. As I noted in the original report, members with an OSI frequently indicate some other reason when taking their release. I believe that it is important to attempt to quantify how many former members suffered from OSIs to understand the true impact of OSIs in the CF. Although former members are seen to fall under the purview of VAC, there is clearly an important and direct interest on the part of the CF in collecting information on OSIs from those who served, particularly on deployments in the last 10 years. The fact that former members were not included in the Statistics Canada–CF survey may eventually limit the extent to which the CF can accurately compare the incidence figures obtained in the CF-wide survey to any figures available for other militaries or for the general population in Canada. For example, we understand that US authorities have published data that indicates that more veterans of Vietnam have committed suicide than were killed in the actual conflict. While VAC statistics for former members who apply for OSI-related pensions after release are useful in that regard, they do not provide all the information required and certainly not the degree of detail that will likely be available from the Statistics Canada–CF survey of currently serving members.

Conclusion

74 The survey is progressing well with excellent support and co-operation between DND/CF and Statistics Canada. I anticipate

that the results will be very useful to DND/CF in the continuing challenge it faces in response to OSIs. However, there will continue to be a significant gap in the mental health data for the CF unless retired members of both the Regular and Reserve components are surveyed.

Recommendation 4

75 The Canadian Forces examine the issue of work therapy while on the SPHL in more detail, with a view to creating policies and procedures to deal equitably with issues that arise from members on the SPHL earning secondary income from employment as part of a therapy program.

CF response

76 This recommendation is fully supported and has been addressed in part — further refinement of policies related to work therapy will take place in the near future. The concept of alternate employment as part of the work therapy or ease back process is fully supported however; any such policy should be in keeping with industry practice. Long Term Disability (LTD) programs operated by insurance companies are utilized by many employers and therefore provide useful precedent in this regard. It is common practice for LTD policies to provide for periods of work for the purpose of rehabilitation. However, as members on SPHL continue to receive 100% of pre-disability income, to be consistent with industry practice the member should not be eligible to receive additional income from the rehabilitation employment. Section 117(b) of the *National Defence Act* makes it an offence to accept compensation other than one's pay, for doing one's duty. If a member of the SPHL has a place of duty for rehabilitative reasons outside of the CF, it would be an offence for him/her to accept compensation for working there. A review of SPHL regulations will be conducted and the issue of work therapy, including the matter of income from a secondary source outside of the CF, will be better defined, communicated and embedded in the DAOD [Defence Administrative Orders and Directives] on the SPHL. The revised DAOD has been completed and is in the last round of staff review. There is still considerable work to be done to finalize a national policy/process for civilian work opportunities for members on SPHL.

Analysis

77 This recommendation was a result of a concern that meaningful employment, which many medical professionals cited as extremely beneficial to those recovering from PTSD, was not available for many injured members. The issue of compensation for such work was recognized as problematic; however, the benefits are so significant that an examination of the policy was considered relevant.

78 The CF is in the process of drafting a Defence Administrative Orders and Directives (DAOD) dealing with SPHL issues. The original draft DAOD on the SPHL provided that a member may not have full- or part-time civilian employment during scheduled working hours, unless that employment is part of a vocational rehabilitation program, assigned by the member's CO. In addition, it stated that a member who is posted to the SPHL is not permitted to accept compensation for civilian employment that is part of vocational rehabilitation.

79 The OSI Steering Committee discussed work therapy and receipt of a secondary income while on the SPHL at its most recent meeting. The revised draft DAOD is being actively worked on, but release is not expected until 2003. A copy of the draft DAOD, which dealt with SPHL issues, was provided to me in March 2002 and I submitted my observations to ADM (HR-Mil) on 2 May 2002.

80 It is evident from the many comments and observations that many of the rules governing the SPHL dealing with work therapy are neither simple to understand nor easy to resolve equitably. While industry experience can provide lessons, the situation for CF members on the SPHL differs in that in addition to the therapeutic value of the work itself, the transition to civilian life is part of the reason the SPHL exists. This aspect of the SPHL is clearly not understood by many of those who are expected to use the system wisely. In the words of a military spouse, "SPHL is a joke. You get PTSD and are sent home for one year. He got even more depressed."

81 The overall issue of the fairness and equity of the SPHL continues to be a problem. It is a serious concern as a result of the VAC policy that provides a disability pension payout to a CF member prior to release. On occasion, a CF member who has been diagnosed with an OSI can be receiving a disability benefit or other income from three separate sources — the normal salary earned as a CF

member, a VAC disability pension and possibly an income earned from employment outside the military. This has the potential to create a significant level of resentment toward the member on the SPHL, particularly at the working level where his or her absence may have increased the workload, shifting it to the rest of the unit.

Conclusion

82 Work therapy is an important aspect of the SPHL. To be effective, its importance must be clearly understood by all (SPHL members, chain of command, medical personnel and peer groups). This is not the case now, as illustrated by the following statement recently made by a medical officer: "I work to get these people rehabilitated, give them the benefit of the doubt [...] the CF is becoming a big charity. How long do we want to employ these guys?" The CF is clearly not a charity, and the obligation to help those injured in the service of their country transition to a productive civilian life exceeds that of a normal industry. I am pleased to see that the CF is tackling this issue; however, considerable work remains to be done. I look forward to reviewing the next draft of the DAOD on the administration of the SPHL.

Recommendation 5

83 The Canadian Forces initiate a program whereby all units receive outreach training about PTSD via the OTSSCs.

CF response

84 This recommendation is fully supported and has already been addressed in part. All OTSSCs deliver outreach programs to the satellite bases which they serve that targets four communities: (1) health care providers (to include MFRC Prevention Intervention Co-ordinators); (2) chaplains; (3) the chain of command; and (4) service members. The frequency and breadth of the programs will be expanded as additional staff is hired at the various centres.

85 Staffing issues at the OTSSCs are being addressed which will better allow the staff to carry out their outreach activities. Direction on the type and frequency of outreach training was provided to the OTSSCs. Recent Staff Assistance Visits (SAV) by the Rx 2000 Mental Health Team will confirm that outreach programs are in place.

Analysis

86 In the original report, I noted that education and training were fundamental to creating a culture where members were not afraid to seek treatment quickly, and that the OTSSCs had a vital role to play in that process. I found units were not receiving sufficient training on OSIs. Outreach by OTSSC staff to units is a very effective way to educate CF members about the realities of OSIs and dispel some of the myths that have developed around the issue.

87 There has been no CF-wide mandated program for units to receive outreach training. Units are not obliged to request such training, nor are OTSSCs obliged to deliver it, though outreach training is acknowledged as one of the OTSSC core functions. My investigators met with staff at several OTSSCs in the course of this follow-up investigation. There has been some demand for outreach training by OTSSC staff from operational and line units, but the

frequency of requests appear to vary considerably from one location to another. One senior OTSSC administrator estimates that he received between five and seven requests to speak to units about OSIs in September 2002 alone. He indicated that this is a rising trend. He described standing up in front of groups of senior-ranking NCMs and middle-ranking officers as "the one way we can get to those middle management folks" who are key to changing CF culture. At another OTSSC, staff has conducted five presentations to CF Regular and Reserve units so far this year, along with numerous presentations to non-military bodies such as VAC and a professional association. The OTSSC has set itself a laudable goal, "to reach all serving members and Reserve units as well as professionals associated with CF members and our partners such as VAC."

88 Unfortunately, at another OTSSC, my investigators were told that they have simply not been asked by the operational units to conduct any of this training. As one OTSSC psychiatrist put it, "the demand has been underwhelming." In another area, some outreach training has been done, but primarily aimed at the caregiver community, VAC personnel and the academic community, although two smaller stations have received briefings.

89 Recently members from an OTSSC, OSISS and a local chain of command spoke to approximately 150 medical personnel at a conference on military stress at a Saint John, New Brunswick hospital. From independent accounts, this session was very successful, not only in raising awareness about OSIs, but in generally increasing the civilian community's awareness of the extreme workloads of military members. These are welcome developments.

Conclusion

90 We found no evidence that the CF has initiated a program whereby all units receive outreach training about PTSD via the OTSSCs. We had hoped to see significant improvement in the quantity of outreach training being delivered by OTSSCs, in particular to field units. This was not apparent to any great extent.

91 Training and outreach presentations appear to be delivered on a variable basis by OTSSCs based on response to specific requests. Field units in some areas do not appear to be requesting outreach training — this is of significant concern as it is quite possible that these units are the ones most in need of education.

92 There does not appear to have been any attempt to co-ordinate the provision of training and outreach CF-wide through the different commands. The onus should not be on only the OTSSCs to deliver training. In my view, there is an equal responsibility for field units to request training, which does not appear to be happening in some areas and for the CF commands to co-ordinate efforts to ensure that the training is delivered equally to all units.

Recommendation 6

93 OTSSCs be funded to a level that ensures they have sufficient resources to deliver quality outreach training to units on request.

CF response

94 This recommendation is supported and has been addressed in full to meet current CF-wide requirements. Sufficient resources are available to ensure the OTSSCs can proactively deliver outreach training in accordance with the guideline established during the Nov 01 meeting of the OTSSC Directors, as well as to react to requests for additional sessions on demand from units. Should increased demands for outreach training be received the resource requirements will be identified and funded using the existing business plan process.

Analysis

95 Senior DGHS staff told us that OTSSCs are being given more resources. The current budget for all five OTSSCs is $2.4 million. The issue of how much of these resources are being directed to outreach and training however has not been adequately addressed.

96 My investigators did not find evidence that sufficient resources are in fact being used by OTSSCs to deliver quality outreach training in all cases. For example, one OTSSC, with an operating budget of over $846,000, allocated a total of $35,000 to provide outreach training to a population of over 10,000 CF members spread across 11 bases in four provinces and two territories. As a senior staff member pointed out "You can't do a lot with $35,000." The manager of another OTSSC estimated that six to seven percent of the approximately $400,000 OTSSC budget is spent on outreach activities.

97 In the OTSSCs we visited, there was no evidence of additional hiring to deal specifically with outreach issues, although there has been some increased outreach activity over the last nine months in at least one OTSSC. At one OTSSC, two experienced clinical social workers, fully trained and knowledgeable of the military, had been identified and were willing to work on an outreach initiative but

administrative hurdles in the hiring process prevented this from happening.

98 To be fair, lack of OTSSC outreach activity is partly because some areas have had little or no demand from units for outreach training. That, combined with heavy workloads and organizational change within the OTSSCs, has created other priorities. As one OTSSC staff member stated, "We need to go to the units. We need to educate. But everything has been so crazy 'round here that we haven't had the time to focus on it."

99 Everyone we spoke to agreed that OTSSCs should be funded to conduct as much outreach training as possible. In some areas, units are not requesting training although it is in everyone's best interest.

Conclusion

100 Virtually everybody agrees that outreach training by OTSSCs to units is a good thing. Currently, outreach training is being done *ad hoc* and is suffering in some locations from being forced to compete with other priorities. The CF should dedicate sufficient funding and personnel as quickly as possible to ensure the OTSSCs can deliver the requisite training, regardless of other priorities.

Recommendation 7

101 Specific and detailed education and training objectives dealing with PTSD be included in the curricula of all Canadian Forces educational and training establishments, and that the performance measurement criteria for these organizations reflect these objectives.

CF response

102 This recommendation is fully supported and will be implemented in the near term. The CF-wide requirement for PTSD education and training will be established by 15 Aug 02 in accordance with the CF Individual Training and Education System standards to determine what skills and/or knowledge are essential, who needs them, when they need them and how they will be imparted.

Analysis

103 Shortly after the release of my report on the systemic treatment of CF members with PTSD, DTEP undertook several initiatives to respond to the recommendations about training and education. DTEP conducted an extensive review of all training and education provided by the CF related to OSIs. An OSI Training and Education Working Group comprising stakeholders from the CF health care and education community, environmental commands and members of OSISS, was created and held its first meeting on 6 May 2002.

104 The DTEP review was completed in September 2002 and made 25 recommendations. Among the key recommendations were that the CF ensures training specifications "appropriately identify the requirement for OSI skills and knowledge" and that training plans and qualification standards include "consistent and progressive" training and education about OSIs throughout the training cycle. The review also emphasized the importance of COs in particular, and leaders in general, being given appropriate OSI training. It identified gaps in the current system, noting that current training for both officers and NCMs does not provide the "practical tools" necessary to deal with OSI issues.

105 The DTEP review made recommendations regarding deployment-related OSIs. These included: that Land Force Areas consider one another's best practices, and that the CF involve experienced veterans in delivery of training and education to leaders, use mental health resources in theatre, and focus on education during the reintegration process.

106 The implementation of the recommendations was discussed by the OSI Steering Committee at its second meeting on 1 October 2002. I understand that the recommendations were accepted in principle and that plans will be drawn up to implement them. As part of this process, the OSI Steering Committee reconvened the OSI Training and Education Working Group.

Conclusion

107 The DTEP review is a comprehensive and constructive outline and analysis of the current state of education and training about OSIs in the CF. It acknowledges that the weaknesses identified by the first report are accurate and need to be tackled. It advocates steps that, if implemented by the CF, will likely go a long way to fulfilling the objectives of my recommendations relating to education and training, including this one. The key indicator as to how seriously the CF is prepared to come to grips with these issues will be the amount of resources given to implement the DTEP review recommendations.

Recommendation 8

108 Canadian Forces units be mandated to provide ongoing continuation training about PTSD to all members at regular intervals, in addition to any deployment-related training.

CF response

109 This recommendation is fully supported and will be implemented in the near term. The CF-wide requirement for PTSD education and training will be established by 15 Aug 02 in accordance with the CF Individual Training and Education System standards to determine what skills and/or knowledge are essential, who needs them, when they need them and how they will be imparted.

Analysis

110 Ongoing training is the key to culture change. The DTEP review recommended "unit annual refresher training and professional development be used as a vehicle for educating personnel about OSIs." I understand that ADM (HR-Mil) has recently authorized such training be rolled out CF-wide. The initial strategy will be for the training to be delivered as a part of the first aid training process, followed by OSI training components on professional development courses. The process will likely take two years to be fully implemented.

111 The DTEP review and recommendations are particularly welcome, given that in the areas my investigators visited, they found little overall improvement in the quantity of continuation training given to field units since the release of my original report. For example, very few of the units we contacted had organized any recent training about OSIs. An OTSSC reported that they had been "underwhelmed by the demand" for outreach training by units. A representative sampling of naval units, including Maritime Coastal Defence Vessels, indicated that no direction had been received to include OSI or stress training in any continuation training. A few units have, however, included OSI and stress awareness training in their professional development days on their own initiative. The local OTSSC has made OSI presentations at several of these training sessions.

112 Where unit training has been held, such as recently within the Administration Branch at North Bay, the feedback has been largely positive. In another situation, one member told us that the CF should "use a model analogous to ones leaders already understand: the same way we check for frost bite and trench foot or immersion foot — this is just a deadly as any bullet." A medical professional indicated that continuation training about OSIs would help reduce the stigma and maltreatment of members suffering from OSIs. A senior naval officer commented, "We need to train our NCOs and officers to recognize stress in their people as easy as they have been taught to deal with alcohol abuse."

113 The responsibility for continuation and deployment-related training belongs primarily to the organization or unit that operationally prepares and equips a force for deployment (force generator). In many cases, at the unit level they simply cannot find the time to include OSI education as part of their training programs, though paradoxically many acknowledged the importance of such education. A senior officer told us "We know we should be doing this but we don't have the time or the money."

114 Another senior officer stated that, "continuation training is cutting into my time." Regardless of the level of support, the lack of time to increase training of any kind was an issue raised by many personnel in the field.

Conclusion

115 The response to this recommendation by field units has been disappointing, though I am encouraged by the commitment of the chain of command to the findings of the DTEP review. Adding an OSI component to first aid training is an excellent initiative. It will take firm direction to units to ensure that there is a satisfactory level of continuation training across the CF.

116 I realize it is difficult to find time and resources to allocate to training when financial and human resources are admittedly tight. When tough decisions on how to spend increasingly tight budgets have to be made, it is easy to cut plans for professional development programs and training sessions that may not be viewed as directly related to operational capabilities. The preventive aspect of continuation training on OSIs needs to be officially recognized. One of the goals of continuation training on OSIs is to ensure that troops remain sensitive to the issue. It is hoped this will contribute to reducing the stigma associated with

OSIs and that in the long term, the degree and incidence of acute OSIs may be reduced. Considerable benefits will accrue in the area of reduced health care costs and increased retention of valuable trained and experienced members.

Recommendation 9

117 The Canadian Forces make PTSD a mandatory part of education and training at all ranks and that educating Canadian Forces members about PTSD be made a priority.

CF response

118 This recommendation is fully supported and will be implemented in the near term. The CF-wide requirement for PTSD education and training will be established by 15 Aug 02 in accordance with the CF Individual Training and Education System standards to determine what skills and/or knowledge are essential, who needs them, when they need them and how they will be imparted.

Analysis

119 The DTEP review outlines a strategy for improvement in educating members about OSIs, with a focus on OSI education as an integral part of all levels of leadership training. The review agrees with my finding that educating leaders is one of the first steps to changing CF culture to one that, as DTEP notes, "is more accepting of the legitimacy of OSIs and in which leaders feel empowered to help subordinates maintain their mental health."

120 The review also confirms that recruits and officer candidates also require grounding in OSIs, in particular in stress management techniques and how to recognize the signs and symptoms of OSI in oneself and others. If implemented in full, the DTEP strategy would amount to a comprehensive plan for all members of all ranks to receive education and training about OSIs throughout their careers.

Conclusion

121 Early introduction of training and education on OSIs remains the most effective way of inducing culture change in this area. Much work remains to be done to ensure this is effectively implemented. It is therefore encouraging that as recently as the OSI Steering Committee meeting on 1 October 2002, the CF has taken the

decision to roll out OSI training as part of the first aid training package given to all members.

122 The CF has taken the first step to revamp its approach to OSI education and training through the creation of the OSI Training and Education Working Group and the implementation of the recommendations of the DTEP review. Once again, the success of these initiatives will largely depend on the resources assigned and a continued commitment at the command levels to ensure success of new programs and initiatives.

Recommendation 10

123 The Office of the PTSD co-ordinator play a central role in the education and training process by acting as a resource and advisor for bases, formations and commands.

CF response

124 This recommendation is fully supported. The CF recognizes the need for co-ordination of all aspects affecting the successful treatment of PTSD (i.e., education, training, physical and mental health care, spiritual well-being, compensation and benefits, etc). All of these issues fall within the ADM (HR-Mil) responsibilities. (See Recommendation 31)

Analysis

125 The rationale behind this recommendation was that training and education is a CF-wide issue that requires co-ordination between environmental commands, the Deputy Chief of the Defence Staff (DCDS), the CF health care system, and the CF education and training system, among others. The CF created the OSI Training and Education Working Group to assist in the DTEP review process. The working group had 25 members from 16 different organizations, including DGHS, the Chiefs of Land, Air and Maritime staffs, Director General Military Human Resources Policy and Planning (DGMHRPP), DCSA and the Military Police. The scope of the different interests and responsibilities represented demonstrates a clear need for a mechanism to ensure effective co-ordination between stakeholders. A smaller advisory group was also created. The DTEP review noted that although significant progress was being made, particularly in relation to deployment-related OSI training, there appeared to be, "a lack of [...] co-ordination between the many different efforts across the CF to educate personnel about OSI."

126 The creation of the positions Special Advisor to the CDS for OSI and the Assistant Special Advisor to the CDS for OSI is a positive move from the training and education perspective. However, the magnitude of the work is such that it will be very difficult to effectively perform this function as a part-time task. In this case, the primary responsibility of the Special Advisor to the CDS for OSI

as DTEP is a positive combination of duties, as training and education are so central to the eventual culture change that is necessary. At this point in time, the creation of the OSI Steering Committee is also seen as a positive step, providing the Special Advisor to the CDS for OSI with a forum to communicate issues.

127 We were unable to detect any evidence that co-ordination from the national level has an influence in the field at this time. Indeed, the majority of personnel in the field we asked who were in a position to be affected by the Special Advisor to the CDS for OSI were not yet aware of the appointment.

128 We did get frequent observations during the interviews in the field about issues that could fall under the purview of a central co-ordinator of education and training efforts. For example, one deployment co-ordinator at an MFRC recently involved with a deployment/redeployment cycle told my investigators: "There are no clear lines of responsibility to ensure various organizations work together." While not describing education directly, a Service Income Security Insurance Plan representative brought up a common theme while commenting on the current level of co-ordination and how it affects the troops: "There is no one person who is pulling things together."

Conclusion

129 Co-ordination of activities in this area is a tremendous task. Dealing with OSIs medically and operationally, tying together the education and training initiatives and interfacing with operational chains and bureaucracies are a daunting task. The DTEP review recommended that the OSI Training and Education Working Group continue, with a mandate to "ensure the development and co-ordination of effective and evidence-based OSI training and education programs and act as the central point through which all OSI-related training and education proposals would be evaluated." The review also noted that these meetings should be held "regularly" and that participants "should be empowered to make decisions on behalf of their agencies." I fully support that recommendation and analysis.

130 I recognize that the co-ordination process is in its infancy, and I look forward to seeing the Special Advisor to the CDS for OSI (who would also chair OSI Training and Education Working Group in her capacity as DTEP) play a central and significant role in implementing the DTEP recommendations. This issue is discussed further in my response to Recommendation 31.

Recommendation 11

131 The Canadian Forces include members or former members who have experience of PTSD in all education and training initiatives relating to PTSD.

CF response

132 This recommendation is fully supported. The CF-wide requirement for PTSD education and training (as identified in recommendations 7, 8 and 9) will be completed by 15 Aug 02. An outcome of this activity will be recommended delivery methods and they will incorporate the inclusion, where appropriate, of members or former members who have experience of PTSD in all education and training initiatives relating to PTSD. DND will work in collaboration with VAC to establish joint procedures to address this issue.

Analysis

133 It became apparent during the course of the original investigation that one of the most credible and effective ways of delivering OSI training was by using CF members and former members who had direct experience both in operations and of OSIs. I felt it was important these members had input into the creation of education and training initiatives from the ground up. I note that OSISS is represented on the OSI Training and Education Working Group by its project manager, Major (Maj) Stéphane Grenier.

134 There is consensus across the CF that having education and training initiatives involve members who have experienced OSIs can have a very positive effect in breaking down some of the misconceptions about stress injuries. The DTEP review reached a similar conclusion, noting that multidisciplinary teams including veterans should deliver training. The review noted that "the perspective of veterans who experienced OSI can be particularly valuable for COs." An artillery group provided us another example of the value of having someone with experience with this injury. The unit did not really believe in PTSD until "one of theirs" was invited to come and speak to them during a predeployment exercise about his own experience. On two other occasions, one of

my investigators was present when a combined team of medical personnel and members diagnosed with PTSD briefed groups of CF members. The effect was impressive. This is a powerful addition to the education and training arsenal, and should be exploited to the fullest.

135 The only serious concern we heard expressed was an apprehension that a member who is suffering from an OSI might overextend himself or herself in trying to help, and could suffer a setback. In the opinion of one psychiatrist, someone suffering from PTSD, even if treated, is still vulnerable to developing secondary traumatization and should not be involved in trauma work. It is hoped this risk can be minimized by close and careful monitoring of peer trainers and support providers, such as that being provided to participants in the current OSISS project.

136 The OSISS project is key in implementing this recommendation. The four OSISS peer co-ordinators, who are all current or former CF members with operational experience and who themselves have direct experience of PTSD, have each completed an average of 12 outreach activities since OSISS became operational in March 2002. OSISS staff have presented to a broad range of groups, including COs, senior NCMs, VAC staff and health care professionals. My investigative team has witnessed the success OSISS peer co-ordinators have had in educating CF members. Feedback from target audiences has been extremely positive, even from those who were sceptical about the legitimacy and extent of OSIs.

137 OSISS is committed to developing its outreach and training activities, and intends to create a database of current and former members who have experience with OSIs and who are willing and able to present to CF members and others about their experiences. They will not be peer co-ordinators, but will assist in training and education programs on an as-needed basis. OSISS plans to develop a standard presentation/briefing package that can be adapted to include each speaker's own experiences.

Conclusion

138 I believe having OSISS staff contribute as key stakeholders in the development of education and training initiatives is essential. I am pleased the CF has included them in the process to date, and I look forward to OSISS playing a central role in the development of education and training policy and procedures.

139 The visibility of Lieutenant-General (LGen) (retired) Roméo Dallaire's experience has encouraged a dialogue and improvement in the level of understanding of OSIs, and the release of my first report has allowed and encouraged people to talk more openly about this issue. However, the CF still is far from attaining the goal of accepting OSIs as just another serious injury. Effective education and training is the key to changing the culture that breeds suspicion of and, occasionally, open hostility toward OSIs. The need to continue to educate members remains and will require both resources and persistence. It is clear that the involvement of current or former members who have experience with OSIs is a very effective approach.

Recommendation 12

140 Multidisciplinary teams that include all of the professional specialties with an interest in PTSD diagnosis and treatment, including experienced soldiers, be used to deliver outreach training. To enhance training effectiveness and ensure standardization, such training should fall under the control of the Office of the PTSD co-ordinator.

CF response

141 A review will be conducted by 30 Jun 02 to confirm that all OTSSCs are delivering multidisciplinary team outreach training based on a standardized program and that, wherever possible, experienced service members are used in its provision.

142 Note: See Recommendations 10 and 31 "Action" *vide* 'Office of the PTSD co-ordinator'.

Analysis

143 As discussed to some extent in my analysis of the previous recommendation, it is clear that the most effective approach to OSI training for CF members will include experienced military members as part of the multidisciplinary team. One psychiatrist, although he did not support the involvement of PTSD sufferers in trauma work, did recognize that personnel with operational stress experience would have more credibility. The attitude of many members is summed up well in the words of one senior NCM,

144 This training must be meaningful to the people receiving it and the trainers must be able to equate to real life experiences. It has to be "when I was there" rather than "when I was in school." NCOs [non-commissioned officers] teaching NCOs. Officers teaching officers.

145 My investigators met with staff at several OTSSCs and spoke at length with the project manager of OSISS. Staff at both organizations stated that they are beginning to build good working relationships with each other. There was general, though not universal, agreement that it was a good idea for them to work

together to deliver outreach training and education. That is not yet happening to any great degree. As mentioned above, this may be partly due to a lack of dedicated OTSSC resources to fund outreach combined with, in many cases, heavy workloads. In addition, OSISS is still concentrating on its primary task, which is to provide co-ordination of services to members who require assistance.

146 However, as noted in the analysis of the previous recommendation, OSISS is planning to broaden its outreach activity considerably. Recently, there have been instances of an OTSSC, OSISS and a local commander delivering training on the same platform. For example, members of an OTSSC and OSISS recently spoke at a conference on military stress at a Saint John, New Brunswick hospital. This is a welcome development. Feedback was very positive, particularly with respect to the OSISS member, whose presentation affected many deeply. One audience member told my investigators that she found the "real life, first-hand experiences" of the OSISS presenter the most effective way of teaching what OSIs were really about.

147 The DTEP review also examined whether the CF should employ multidisciplinary teams to deliver education about OSIs. The reviewer reached much the same conclusion as we did, recommending that the CF

148 > use multidisciplinary teams composed of representatives of the chain of command, Health Care providers and/or veterans to deliver OSI-related training and education as appropriate for each target population. Include experiential perspective of veterans who have experienced OSIs when training and educating COs.

Conclusion

149 Clearly, outreach by multidisciplinary teams has the best chance of reaching target audiences. There is clear evidence that OTSSC staff working with other qualified personnel, in particular OSISS staff, is a very effective method to educate CF members about the realities of OSIs and to dispel some of the myths that have developed around the issue. The key component is the credibility with CF members that veterans who have experience with OSIs bring to the education and training process. I applaud and encourage the efforts of OSISS to expand its outreach activities.

150 As I have noted elsewhere, what remains to be achieved is effective co-ordination through operational commands to ensure training is available on a continuing basis to all field units across Canada, as opposed to being provided as requested.

Recommendation 13

151 The Canadian Forces allot additional resources to accelerate the implementation of the proposed mental health education initiatives developed by the Rx 2000 Mental Health Team.

CF response

152 This recommendation is fully supported and has already been addressed in full. A commitment was made to provide the OTSSCs with the additional resources they require. OTSSC staff are currently analysing their requirements.

153 ADM (HR-Mil) provided additional funding to the DGHS to support the OTSSCs through a re-profiling of QOL [Quality of Life] funds deemed surplus by VAC. This money is managed by DCOS Health Services Delivery and is being made available to enhance the programs and services provided through the OTSSCs.

Analysis

154 This recommendation was designed to encourage the CF to follow up on commitments it made in the Rx 2000 package to "develop mental health education packages and initiate lay educational packages, with a focus on leadership issues." The project manager for Rx 2000 was a member of the OSI Training and Education Working Group and contributed to recommendations of the DTEP review in that capacity. Accordingly, the Rx 2000 goals will likely be incorporated into the CF-wide training and education strategy detailed in the DTEP review recommendations, which envisage the CF health services community playing an important role in the delivery of education and training about OSIs.

155 The additional funding referred to in the CF response, which totals approximately $400,000 for service enhancement, is certainly a positive development and an indication of the senior leadership's commitment to seeing improvements in education on mental health issues and OSIs.

Conclusion

156 The mental health education and training component of Rx 2000 is being dealt with as part of broader initiatives outlined in the DTEP review. I am hopeful the CF health services community will be provided with the resources it requires to deliver OSI training and education as envisaged by the DTEP review.

Recommendation 14

157 The Canadian Forces develop a standardized screening process that involves all of the pertinent specialists and that is under the control of a single point of contact.

CF response

158 This recommendation is fully supported and its implementation is already under way. Screening of members for deployment/redeployment will be further developed under the PERSTEMPO initiative to include policy guidance for screenings on all taskings.

159 A standardised screening form is already in place for all DCDS directed international operations. However, the manner in which screening is conducted is being reviewed. DQOL [Director Quality of Life] will be hosting a best practice exchange on screening and reintegration in January 2003 with the plan to complete the review by Spring 2003. The results will be used to set a consistent process for all screenings.

Analysis

160 This recommendation was made as a result of the varied and haphazard approach to screening of troops for deployments that my investigators found during their original investigation. The problem was particularly acute for Reservists and augmentees.

161 The senior CF Social Worker is currently working on the screening process, assembling the screening concerns and options to solve them. Draft guidelines on the screening process have been developed and will be discussed at the best practices exchange meeting in January 2003 referred to in the CF response above. A core committee and a working group have been formed to deal with screening issues. The core committee consists of 10 senior officers, including senior Director General Health Services (DGHS) staff, as well as representatives from ADM (HR-Mil) and the three environments (Army, Navy and Air Force).

162 The PERSTEMPO Working Group, according to Director Quality of Life (DQOL), consists of 20 to 25 members, ranging in rank from

Captain to Lieutenant-Colonel, who represent a broad range of CF interests. They work on the issues brought forward by the core committee. Both the core committee and the working group meet once a month separately. The core committee and working group decided to implement a 'best practices forum' or 'lessons learned' initiative. They intend to examine OP APOLLO and OP PALLADIUM experiences. Planning is under way to bring everyone to Ottawa for a three-day workshop in January 2003. The committee is collecting information from the Army, Navy and Air Force. They intend to consult with a broad range of stakeholders, including planners, operators, family members, health care providers, policy and process representatives, and deployment co-ordinators.

163 I am pleased to hear of these developments since my investigators found little had changed in the field in predeployment suitability screening. We were told that often the period before a deployment was so intense, with other preparations for the deployment, final operational training or other operational commitments, that the proper amount of time was not available for the Departure Assistance Group (DAG) process. (DAG is a group that assists in the deployment process, including screening of members about to be deployed.) In the words of one senior NCM, "normally personnel are so busy trying to get ready to sail, they are not really taking the questions seriously. They just want to get it over with so they can get on with their work." We also found little evidence that MFRCs are consistently part of the screening process. Their direct involvement and access to the families could be used to the benefit of the members and the CF.

164 A mental health professional described the current screening process as brief, unfocused and unscientific. He stated that he considered screening as a "rubber stamp." His views were widely shared by a broad range of individuals with first-hand knowledge.

165 With respect to the Army Reserves, my investigators found little evidence at any level of efforts to co-ordinate the prescreening assessments of Reserve members. We were told that the co-ordination of, and in fact the whole prescreening process for the Reserves is at best haphazard. In most cases the short notice of impending deployment results in the whole process being rushed, thus making it of even less value than the method used for the Regular Force. As a result, the problems identified for the Regular Force are further compounded for the Army Reserve. One Reserve Padre concluded, "DAGs are rushed in many cases, due to the lack of time."

Conclusion

166 I congratulate the CF for the PERSTEMPO and DQOL initiatives and look forward to the results of their examination of lessons learned and best practices as I see this as a constructive initiative that will involve the right people. I believe the results will provide valuable progress in creating a standardized screening process. It appears, however, that a lot of work is still required in the field to address the crucial lack of co-ordination and sharing of information, particularly for Reserve Forces.

Recommendation 15

167 The Canadian Forces set up a pilot project to determine the most effective ways of allowing members returning from deployment to be reintegrated into family and garrison life.

CF response

168 This recommendation is supported and will be examined in detail. Through the PERSTEMPO Working Group and the Human Dimensions of Deployment Study, the reintegration process is already being reviewed, however, the setting up of a pilot project will be investigated by 30 Jun 02.

169 Due to the variance in mission factors and the time delay in establishing new procedures following a pilot project, it was determined that a more efficient means of bringing together the most effective methods for reintegration, a best practice exchange will be held in the fall of 2002. This will be used in setting consistent policy and practice through all levels of the chain of command.

Analysis

170 During the original investigation, we noted that the rapid return of the deployed member to the family without a period of time to adjust gradually, for both the member and the family, frequently caused difficulties. We suggested consideration of various approaches to post-operational leave, including decompression and gradual reintegration to normal routine.

171 This recommendation requires strong involvement with and co-operation of the force generators and the DCDS. The recent deployment to Afghanistan is a perfect example of how the CF can implement this recommendation. Returning Battle Group members were sent to Guam and given between three and five days of rest and decompression time. Those days included information and training sessions on subjects such as family and work reintegration, anger management and suicide awareness. Personal time and cultural tours were also part of the program. On their return to home base on 28 and 30 July, the soldiers worked up to seven half

days and five full days until 17 August, when a period of block leave began. This work schedule was developed to allow members time to deal with issues related to the mission and permit gradual reintegration with their families. One comment from an MFRC employee was that the "staggered work week for the first two weeks is good. Even though they want to be with their families, they feel drawn back to the units."

172 "Everyone that came back that I spoke to said it was great," said a Regimental Sergeant-Major with intimate knowledge. It should be noted, however, that the time frame of this report and the leave block allocated to the troops did not allow my investigators to get direct feedback from the soldiers from the Battle Group or their families on their impressions on the decompression time in Guam and the gradual reintegration with work and family. We did interview caregivers who were in Guam, both as part of the contingent and as guest speakers. They thought the process was extremely valuable.

173 Ultimately, virtually everyone we spoke to said this was an excellent initiative that, in principle, should be repeated with each deployment. While it may be necessary to alter the scope and duration of the redeployment phase according to the circumstances of each mission, the concept is excellent.

174 I intend to consult with contingent members and leaders at an appropriate point to obtain their input and views on this matter. This should provide a greater understanding of the need and value of such initiatives in the CF.

Conclusion

175 I congratulate the CF on the initiative with the Afghanistan contingent. I understand that the chain of command of the unit deployed (3rd Battalion of the Princess Patricia's Canadian Light Infantry) advocated and executed the plan. The DCDS and his staff also deserve credit for their role in making this happen. This is a bold step that will probably pay significant dividends. I will be looking forward to the result of the best practice exchange mentioned in the CF response.

Recommendation 16

176 The Canadian Forces provide sufficient incremental resources to permit all mental health caregivers, including padres and social workers, to access training required to deal with mental health issues.

CF response

177 This recommendation is fully supported and has already been addressed in part. A plan is presently being formulated by DGHS staff for all mental health care professionals to allow not only training and continuing medical education (CME) to occur on a regular basis but also that clinical supervision on a "one on one" basis occurs for each mental health care provider. Based on the recently appointed treatment standardization committee's recommendations and evidence-based practice, each professional will be given the appropriate training and skills to deal with mental health issues including operational trauma and PTSD. A comprehensive needs analysis for each provider group will be conducted by 15 Aug 02. Chap Gen [Chaplain General] staff have advised that not all padres should be "advanced skills" qualified. Chaplains assigned to the OTSSCs are specialty qualified at a graduate level (e.g., MA in Pastoral Counselling). The Chaplain Branch provides a general counselling course for all chaplains and specific education on PTSD for newly enrolled chaplains.

178 CFPSA [Canadian Forces Personnel Support Agency] staff has advised their personnel involved with PTSD counselling at the MFRCs should be "factored in" to the implementation of this recommendation. DGHS will examine this issue by 30 Jun 02.

Analysis

179 The rationale supporting this recommendation was the concerns caregivers expressed that they were unable to keep up with ongoing research on PTSD and OSIs. These concerns were most often articulated by CF social workers, who often had a number of

other functions to fulfill along with their role in caring for CF members with OSIs.

180 My investigators found that the CF had taken several steps to improve the quality and quantity of education and training provided to CF mental health caregivers. A conference for CF social workers was held in September 2002 (which is discussed in detail in Recommendation 17) and had presentations from experts in PTSD. The conference was by and large a great success, according to individuals who were present.

181 The CF acknowledges, however, that much work remains to be done. According to a senior ADM (HR-Mil) officer "work is ongoing at the national level and amongst the various clinical groups to better define the skills required." Continuing education will be a topic at the meeting of OTSSC managers scheduled for early November 2002 and will be reviewed at a national mental health nurses working group meeting in late November. While discussions have been held by the various disciplines, there has not yet been a consensus reached regarding the continuing education and training required, nor has a report been produced.

182 At a number of bases, my investigators were told that there is a perceived training disparity developing among staff working for DND/CF on a contractual basis through Med Emerg International (a private service provider) and DND/CF employees. DND/CF currently has approximately 700 Med Emerg employees who provide a variety of health care services. In some OTSSCs, Med Emerg employees count for a majority of the treatment providers and caregivers.

183 Med Emerg employees are given 45 paid days off per year. This includes 11 statutory holidays, six sick days, with the remaining 28 days to be used as vacation time, bereavement leave and days off for professional education and training purposes.

184 I understand DND has discretion to fund Med Emerg employees to attend courses or conferences, and this is happening in some cases, albeit unofficially. However, in a town hall meeting held earlier this year in Edmonton, Med Emerg employees were told that "DND does not have the budget for (continuing medical education) allowances." The investigative team was told that in many instances, Med Emerg employees are funding their own professional development by taking time off out of the 45-day bank to attend continuing education and training courses that are directly relevant to the work they perform for DND/CF. These employees are also paying for expenses incurred, including travel,

accommodation and meal costs. A Med Emerg representative confirmed that no funding is provided to employees for continuation training. There is a perception in the field that a two-tier system is developing, with Med Emerg contract staff becoming second-class citizens when training and education opportunities arise.

Conclusion

185 Appropriate training and education for caregivers in the field of OSIs remains an important issue for the CF. It affects both the quality of care provided to CF members suffering from OSIs and the morale of the caregivers. Some significant improvements have been noted in the availability of training to DND/CF members and employees, but work remains to be done. The need to ensure appropriate training and education of third-party contract employees must be factored into the ongoing discussion within the DGHS organization.

Recommendation 17

186 The Canadian Forces provide sufficient incremental resources to permit the Canadian Forces social work branch to hold an annual retreat for all Canadian Forces social workers. PTSD should be a significant topic at the retreat.

CF response

187 This recommendation is fully supported. An annual social worker's retreat will be scheduled. The first will occur during the last half of 2002 and as recommended will have as its primary focus PTSD. In subsequent years these retreats will be scheduled to coincide with the CF Mental Health National Meeting and the CF Operational Medicine Conference.

Analysis

188 Mental health caregivers in the CF have a tremendous workload, and to maintain effectiveness and morale they must have regular access to peers. A Social Work Training session was held during the week of 22–25 September 2002. The four-day event in Mississauga hosted approximately 90 individuals from across Canada. There were two guest speakers: Dr. Anna Baranowski presented on "Compassion Fatigue" and Dr. Donald Meichenbaum of the University of Waterloo, a leader in the field of PTSD treatment, presented on "Assessment and Treatment of PTSD."

189 Social workers currently working in the OTSSCs were not invited to attend as, according to a senior CF official, their level of understanding of PTSD was considered to be higher than that being provided at the seminar. Some MFRC social workers were not invited to attend. A number of mental health nurses, chaplains, case managers and VAC representatives were invited to attend Dr. Meichenbaum's presentation.

190 My investigators spoke to a number of social workers that attended the event. Almost universally, they indicated the event was very useful and a necessary exercise, and that it should be done regularly. Most of the participants we spoke to were particularly impressed with the quality of Dr. Meichenbaum's presentation. Participants completed evaluations on the presentations, which

were very positive. However, the organizers did not request an evaluation from participants for the entire event.

191 While everyone we spoke to was very appreciative that the CF had committed the resources to hold the event, there was some concern that the week was more of a conference than a retreat. Some participants suggested the event could have been even more valuable had the participants had a greater opportunity to exchange ideas about the local and system-wide challenges they face as social workers in a military environment.

192 Lieutenant-Colonel (LCol) Matheson, the officer responsible for the CF social work branch, advised us that there will be annual workshops and "although they may be connected to other events, such as the Annual Health Meeting or with the Op Med (Operational Medicine) conference, there will be one day strictly related to social work issues."

Conclusion

193 The CF social work branch is to be congratulated on providing the resources to hold this event. The feedback from participants was, in the main, very positive. I believe it would be of value to invite all social workers that work full time for the CF, including those on OTSSC and MFRC staff, to participate in this event in future. The value of the event was obvious and has been a morale booster for the social workers. Furthermore, the participants we spoke to felt that by having the event, the CF acknowledged that it valued the important work that social workers do. I strongly recommend a social workers' conference be held annually and independently of other conferences.

Recommendation 18

194 The rules regarding Occupational Transfer be changed to quickly accommodate members diagnosed with PTSD who would benefit therapeutically from working in another military occupation.

CF response

195 This recommendation is fully supported. The current rules fully allow the accommodation of a service member who could benefit from a Compulsory OT when he/she is able to meet the medical requirements of the other occupation. The current procedures include (in sequence): member recommended by a treating MO [Medical Officer] or a Specialist for a transfer out of MOC [Military Occupation Code]; case submitted to D Med Pol [Director Medical Policy] for approval; to DMCARM [Director Military Careers Administration and Resource Management] 3-3 for processing. The limitation on duty has to be specific and must not breach the CF Generic Task Standards. DMCARM 3-3 processing includes:

196 • obtain a PSO [Personnel Selection Officer] report listing the MOCs for which the member is suitable

197 • obtain new MOC training vacancies and course schedules from CFRETS [Canadian Forces Recruiting Education and Training System]

198 • match the member's MOC wishes with vacancies

199 • make an MOC offer to the member through the CO

200 Upon acceptance of the new MOC, a member is either sent on training or waits for training at current unit. (The waiting period is dependent on the scheduling of MOC training courses.)

201 An examination of how the Compulsory OT [Occupational Transfer] regulations/procedures could

be implemented in a more expeditious manner will be conducted by 30 Jun 02.

Analysis

202 This recommendation was made in response to the many complaints my investigators heard during the original investigation about the bureaucratic impediments to occupational transfers. Indeed, Cpl McEachern's own doctor had unsuccessfully tried to have him transferred to an occupation where he felt Cpl McEachern could have performed well. It seemed well trained and experienced military members were being forced to take a release when they were capable of continued service in another occupation.

203 We continued to receive complaints from members, medical professionals and the chain of command about the occupational transfer process as we prepared this report. The overall perception in the field is that the CF continues to waste qualified and competent members because of a bureaucratic requirement to achieve a medical category in the member's original Military Occupation Code (MOC) before being able to voluntarily transfer occupations. In one location, a retired Master Warrant Officer who was running an SPHL platoon had found a way to coerce the system into allowing voluntary occupational transfers (VOT) for three previous PTSD patients who had been on the SPHL. At another base, a soldier was not so fortunate. He had been identified as a top performer in his infantry unit, but suffered an OSI after return from his last deployment. He had been on three operational tours, including Croatia in 1993. He had managed to obtain employment as a supply technician in his unit and eventually on the base. In his own words, "Perhaps I can't be deployed any more but I sure can be employed." He had attempted a voluntary occupational transfer, with the assistance of the medical chain, but it had been denied.

204 It is clear that there is still a very serious problem with VOTs for members that have been diagnosed with an OSI. ADM (HR-Mil) staff told us that the VOT process is very different from the compulsory occupational transfer (COT) process. If a member is transferred by means of a medical COT, there are certain benefits, such as rates of pay and other protections available, that are not provided if the person voluntarily asks to be transferred. In the voluntary case, other issues such as availability of positions and the strength of the original MOC are factors that might inhibit

transfers. It is not even the same part of the organization that deals with VOTs. If the COT route is in fact the preferred methodology for those suffering from an OSI that results in a reduced medical category, a great deal of education needs to be done to make members, medical personnel and the chain of command aware of and familiar with the process.

205 In addition to the bureaucratic confusion between VOT and COT, there is a problem with attitudes in some areas that create obstacles. For example, one medical officer responsible to advise members of their options once a medical limitation becomes permanent told us, "these guys that are not making an effort: down the road, even if they are OT'd, they're going to be failures in a new trade." An infantry Major expressed a much more enlightened view, "What's the problem with having someone do another job somewhere else. Let it be. If it makes him happy and can bring him back, let him be."

206 OTs were discussed at the OSI Steering Committee meeting on 1 October 2002. The minutes noted that OTs "as they apply to members with OSI, appear to be misunderstood." The OSI Steering Committee tasked itself with developing "communication strategies to get the message out" in a simple understandable manner.

Conclusion

207 The entire topic of occupational transfer remains a very confusing and frustrating one. I applaud the OSI Steering Committee initiative as a good first step and I hope that it will bear fruit. The CF continues to lose valuable and trained members as a result of rigid and complicated rules surrounding the ability of members suffering from OSIs to transfer to less demanding occupations, where they can still contribute to the organization. The concept of the throwaway soldier still prevails in some areas, largely as a result of a far too complicated OT process as opposed to a lack of opportunities for injured members or a lack of willingness on the part of many in the field to facilitate occupational changes. This is of particular concern in light of recent reports that the CF continues to experience major problems in recruiting and retaining trained personnel. More work must be done to ensure that OSI personnel who meet occupational standards of less demanding occupations can access these occupations through a simplified and expedient transfer process.

Recommendation 19

208 The Canadian Forces audit and assess the effectiveness of policies and procedures designed to assist Reserve Force members and augmentees pre- and post-deployment.

CF response

209 This recommendation is supported in full. DGMHRPP staff will audit relevant policies and procedures related to the situation described in paragraphs 846 to 861 of the Ombudsman's report and, using their usual validation and verification procedures, advise COS (HR-Mil) [Chief of Staff (Human Resources — Military)] by 01 Sep 02 if these processes are effective for all augmentees, both Regular and Reserve Force.

Analysis

210 This recommendation was made to ensure that Reserve personnel deployed with Regular Force units are screened with the same thoroughness as their Regular Force counterparts prior to deployment and, even more important, when they return to their home unit. Since Reservists often do not have access to the same level of care available to Regular Force members once they return home, it is even more crucial they receive proper support and follow-up.

211 The policies and procedures identified for review by the DND/CF were in place before the publication of my first report. Based on the latest interviews conducted by my investigators, they are either ineffective or not being applied consistently. The three major concerns were pre- and post-deployment assessments, medical and professional treatment of Reserve members, and resource deficiencies.

212 During the month of August 2002, DGMHRPP prepared a 'Reply to recommendation 19' in a briefing note to the Chief of Staff, (HR-Mil) that made six recommendations. These were:

213 that "consideration be given to abandoning the practice of having Reservists compete during the

predeployment training phase for positions in a deploying Regular Force unit,"

214 that "education and training programs on PTSD and operational stress be expanded and made mandatory for all unit CO's and key members of the unit chain of command,"

215 that "greater flexibility in extending Class C service be practised as a means of assisting Reserve members in post-deployment screening, follow-up and treatment,"

216 that "CFHS [CF Health Services] policies and procedures be confirmed and disseminated more effectively for the treatment of Class A Reservists with injuries or illness resulting from serving on operations and for the payment of such treatment,"

217 that "adequate resources be made available for the payment of other expenses related to the treatment of Class A reservists for injuries sustained on operations" and finally

218 that "the establishment of a Service Personnel Holding List (SPHL) for Reservists be considered to facilitate their access to CF medical care, to ensure their needs are being properly followed up and to monitor their individual situation more effectively."

219 This issue was also brought forward at the OSI Steering Committee meeting held on 1 October 2002 and it was directed by the Chair that this matter be further investigated within the broader context of treatment and accommodation.

220 According to Reserve personnel, padres, health care professionals, families and Regular support staff, both the pre- and post-deployment assessments of Reservists are ineffective and in many instances, meaningless. In the case of predeployment assessments, although all the required 'checks in the box' are being done, they question the validity of these results due to the time restraints under which many are completed. In many cases the short notice of an impending deployment require these screenings to be completed quickly, with little time for any in-depth analysis of the results.

221 Family members and MFRC staff also mentioned the lack of information being given to deploying personnel. It was apparent

that some Reserve units' chain of command were not consistently supporting the MFRCs. We were told of situations where MFRC staff has not been supplied nominal rolls (as required by policy), space or even time to access members on training nights. As a result, both members and families were unaware of the MFRC resources available to them prior to, during and after a member's deployment.

222 The post-deployment screening was described as even more haphazard. Although Reserve members complete the same post-deployment process as the Regular Force, there is no follow-up on those assessments, either by the unit they deployed with or by their home unit. A Regular Force Reserve Support Staff stated "Militia Members who deployed with my unit got the same assessment as we did when we got off the plane in Canada, but unlike us, they were on a plane shortly after on their way home. I now know there is no follow up once they do get home." Back in their home units after post-deployment leave, they revert to Class "A" Reserve service, without the medical benefits and help Regular Force members can readily access.

223 If a Reservist requires medical attention as a result of a deployment or on the few occasions where a posting to SPHL is authorized, the money to do this is taken from the unit's discretionary fund, which is normally used to pay salaries. We heard from one CO that the money allocated to Reservists is so limited that the "discretionary fund will be depleted with one guy on SPHL for 6–8 months, taking off the floor five or ten guys for summer training."

224 On the Naval Reserve side, one Naval Formation has undertaken an initiative to properly DAG any of the vessels operated by Naval Reservists prior to their sailing for a major deployment. The issue of the assessment and tracking of Naval Reserves once they return to their home Naval Reserve Division (NRD) is the same as that of the Army Reserve. There is no follow-up to determine if they are suffering from any form of OSI. As one Senior Naval Reserve Officer stated, "we need some type of questionnaire put in place for when these people return to their Naval Reserve Divisions (NRDs) to help assess their mental state."

Conclusion

225 Reservists and augmentees are being treated differently from the core members of units that deploy. It is important to note that during Rotation 9 deployment to Bosnia, approximately 20 percent of the deployed forces consisted of Reservists. Even in this case, we

found no evidence that the issue of post-deployment care for Reservists is being taken as seriously as we hoped. The policies and procedures currently in place for assisting Reserve Force members prior to and on completion of major deployments appear to be non-effective. Earlier disregard for the welfare of Reservists has yet to be rectified — in the words of one senior Reserve officer, this has left us with a growing "legacy issue (with Reserves) where they're lost in the system."

226 It is encouraging to see a briefing note to the Chief of Staff ADM (HR-Mil) addressing this issue was put forward in August 2002 with recommendations addressing some of the shortcomings, but much remains to be done.

Recommendation 20

227 The Canadian Forces review policies and procedures with a view to making them as flexible as possible to accommodate the needs of members who have been diagnosed with PTSD and wish to remain with their units for as long as is possible.

CF response

228 This recommendation is fully supported. As stated in CANFORGEN [Canadian Forces General Message] 100/00, 161430Z AUG 00, ADM (HR-Mil), SERVICE PERSONNEL HOLDING LIST (SPHL) the member's chain of command is in all cases closely involved with the medical authorities to determine what is best for the member. A review of policies and procedures related to accommodating the needs of members with PTSD will take place by 01 Sep 02.

229 A review of policies and procedures related to accommodating the needs of members with PTSD was done and it has been found that current policies and procedures for accommodation, to which the Ombudsman draws attention, are effective and sufficiently flexible. Nevertheless, the process of accommodating members diagnosed with PTSD could possibly be improved by: a. developing policy and procedures for making the SPHL, or something similar, available to Reservists; and b. the introduction of an integrated return-to-work program. ADM (HR-Mil) has already begun to examine the feasibility of a return-to-work program for the CF. It is recommended that the CF continue its study of an integrated return-to-work program for its members and consider expanding the SPHL policy to include Reservists.

Analysis

230 This recommendation aimed at giving unit COs a more flexible policy regarding placing CF members with OSIs on the SPHL. It was suggested that providing COs with sufficient resources to look after their injured within the unit would be an improved approach.

231 My investigators found some instances where the approach to accommodation of injured members within the unit is taking place. Not surprisingly, accommodation efforts are having a positive effect for members. Unfortunately, the shortage of personnel in almost every location is making this very hard to do consistently. One operational unit we visited had retained as many injured members as physically possible but had reached the point where other injured personnel had to be moved to the base SPHL. As described by one spouse, "Trying to keep them in the unit is great but if he didn't fit into parade time, the unit couldn't do it."

Conclusion

232 The CF has put considerable effort in identifying and reviewing the policies currently in place and in recommending solutions to address the issues identified in the original report. These efforts have faced considerable challenges because of currently tight resources. Despite this, some progress has been made; the return to work program for example is an excellent initiative and deserves continued support.

Recommendation 21

233 The Canadian Forces review procedures for placing members on the SPHL to ensure a greater role for input from Medical Officers and Commanding Officers.

CF response

234 This recommendation is fully supported and has already been addressed. The authority to place a member on the SPHL rests with DGMC [Director General Military Careers] and career managers make decisions in accordance with CANFORGEN 100/00. As per other career administrative processes where medical authorities are involved, the final decision is made based on their recommendations with the aim of providing the best assistance to the medical treatment which can include in some cases relocation closer to medical facilities or family members. The recommendations from an individual's Commanding Officer receive similar consideration when DGMC staff makes decisions.

Analysis

235 Both COs and Medical Officers in the field told my investigators that, on occasion, Career Managers refuse or delay a member's posting to the SPHL or posting to an SPHL at a location other than the home unit, based on pressures of operational requirements, shortages of personnel and budgetary limitations on moving expenses. CANFORGEN 100/00 states that the decision to place a member on the SPHL should be based primarily on the member's best interests. This policy was in effect when the original investigation was under way and did not appear to be effective in ensuring the best interests of the member were being served in all situations.

236 In both the existing policy and the proposed changes to the policy in the draft DAOD referred to earlier in this report, the CO must initiate the process to place a member on the SPHL and forward the application to the appropriate Career Manager, including the move to the SPHL to accommodate vocational rehabilitation training. If the CO wishes to post the member to the SPHL at a

location other than the home unit, the CO must provide the Career Manager with reasons. The Career Manager retains the responsibility for posting the member to the SPHL and to another location if requested.

Conclusion

237 Ultimately, the decision to transfer a member to the SPHL should be approved at a level as close as possible to the member. A centralized bureaucratic process at a headquarters several levels removed from the member will frequently result in decisions that do not reflect the desires of the CO or the Medical Officer or, indeed, the best interests of the member. We expect the final DAOD will address this issue, but at this point there is no evidence that the problem identified in the first investigation has been rectified.

Recommendation 22

238 Units maintain contact with members on the SPHL bi-weekly, subject to any restrictions imposed by the member's treating caregiver, or any desire expressed by the member.

CF response

239 This recommendation is supported in full. It is recognized that local follow-up, contact and support are integral to the PTSD treatment process. SPHL information obtained from Peoplesoft will be recorded in the Career Manager Information System (CMIS). Career Managers, as part of their duties to monitor the establishment of a unit, will track members on the SPHL and assist units in following up.

240 The authority to place a member on SPHL rests with DGMC and the Career Managers make decisions in accordance with CANFORGEN 100/00. It therefore becomes the responsibility of the Career Manager to monitor the status of that member for the duration of the SPHL period. DGMC will investigate by 30 Jun 02 the feasibility of having the SPHL process controlled and administered entirely within DGMC.

241 Modifications to CMIS will allow Career Managers to track SPHL members. Maintaining personal contact remains unit responsibility with assistance from DCSA. The new version of CMIS is in place and ready to roll out once other IT issues are ironed out. It is expected in September or October of 2002.

Analysis

242 CANFORGEN 100/00 requires a unit to maintain contact with a member and if the member is posted to the SPHL at another location, to appoint an appropriate sponsor to maintain contact. We were told repeatedly during the original investigation that members on the SPHL rarely heard from their own units. Cpl McEachern himself stated that no one from his unit contacted him in the two years he was on the SPHL, other than a Master Corporal who called him informally to see how he was doing.

Consequently, many members on the SPHL feel betrayed and abandoned by their units, interpreting the lack of contact as a sign that they are no longer useful and have effectively been disposed of. There are, of course, members on the SPHL who do not want regular contact with units for a variety of reasons. However, we found a significant majority would welcome the opportunity to feel they were still a part of their unit.

243 There have been positive developments. Some units have introduced their own program whereby personnel of equal or higher rank are appointed as sponsors. They contact personnel on the SPHL to provide unit liaison and/or encourage them to return to work. Most personnel interviewed appreciated this initiative; some complained, however, that in cases where the sponsor was of higher rank, they felt harassed and intimidated by the process. Another unit introduced a 'buddy system' program appointing members of equal rank to maintain contact with SPHL/OSI personnel. One SPHL co-ordinator has developed, on his own initiative, a process of maintaining weekly contacts with the members on the SPHL. This person feels that "one of my responsibilities is to make sure the member's ok." In cases where a member doesn't want to be contacted, it is agreed that it becomes the member's responsibility to contact the co-ordinator regularly. There was clearly a genuine concern for the welfare of members.

244 A work reintegration program has been introduced in some units. It consists of unit representatives facilitating the return to the workplace, or to another unit if the workplace poses a problem for the individual.

245 The Navy has had a centralized SPHL on both coasts since 1990. Without a rear party, once a ship goes to sea it becomes difficult to contact a member bi-weekly, thus the centralized approach was established. Approximately 95 percent of naval personnel posted to the SPHL are assigned to the centralized unit. It is then the responsibility of the SPHL unit to stay in contact with the member, track their medical requirements, and handle any administrative matters. The SPHL unit staff also tries to find suitable employment for members on the SPHL, which accommodates their medical limitations.

246 A common observation was that units simply do not have the resources to keep in regular contact with members who are on the SPHL. A CO of a recently returned Battle Group presented to the OSI Steering Committee on 1 October 2002. He advised that one of the main OSI issues from his perspective, as an operational commander was "the lack of personnel resources to maintain

contact with members on the SPHL due to the focus on operational training and deployment."

Conclusion

247 Unfortunately, in general, we found units are still not contacting members on the SPHL on a regular basis, regardless of the provisions of CANFORGEN 100/00. In essence, this amounts to no less than ignoring an order of the CDS. The primary reason given for flouting the General Order was the press of other responsibilities, which gave little time for units to make regular contact. I find this difficult to accept — surely it is not too onerous to require units to find the time to make a phone call? Ultimately, the question remains: what is the point of issuing an order from the top if it is routinely ignored?

248 There have been some instances where units and SPHLs have shown excellent initiative, as outlined above. Unfortunately these appear to be the exceptions rather than the rule. A standardized approach is needed. Overall, based on the anecdotal evidence we heard, there has been little discernible improvement in units contacting their members who are on SPHLs.

Recommendation 23

249 The Canadian Forces address resource issues that are preventing units from properly looking after members diagnosed with PTSD within their units.

CF response

250 This recommendation is supported in full.

251 DCSA will investigate the issue of resource allocation and report to COS (HR-Mil) on deficiencies by 30 Jun 02.

Analysis

252 This recommendation was made because many units have neither the personnel nor positions available to take proper care of the members who are diagnosed with an OSI and able to remain within the unit. Implementation of this recommendation is not within the purview of DCSA. During the severe personnel downsizing efforts that began in earnest in the early 1990s, many unit positions disappeared that allowed for temporary rest and respite within the units. At the same time, workloads for those remaining increased dramatically, and many of the 'softer' responsibilities, such as maintaining contact with sick members, were dropped. While the responsibility for taking care of all their members, including the injured, has not been removed from the chain of command, there is no evidence that resources are being allocated at the unit level to allow this responsibility to be fulfilled. Even COs we talked to who were very sympathetic to the plight of their injured members were not able to consistently muster the resources to take care of this responsibility.

253 The Navy has unique difficulties employing a member who is "unfit sea" (unable to sail) in their home unit, if that unit is a ship. However, there are shore units that will maintain responsibility and employ personnel from sea-going units even after they have been assigned to the SPHL.

Conclusion

254 The intent of this recommendation was to suggest specific personnel resources be provided to line units to allow the effective performance of this function. The CF response undertook an investigation and report at the NDHQ level. Implementation of this recommendation in the commands and at the base and unit level has clearly not taken place and, in the current personnel resource shortage situation, does not appear to be about to happen. This is unfortunate, as a small expenditure of resources could result in significant savings in the long term through the retention of valuable trained and experienced members. As I have noted before, it costs approximately $315,000 to recruit and train a member to a level where he or she is operationally deployable. As a consequence of the failure to implement this recommendation, the CF will lose trained members who may have been rehabilitated.

Recommendation 24

255 The Canadian Forces prioritize and accelerate the efforts toward standardizing treatment of members diagnosed with PTSD among OTSSCs.

CF response

256 This recommendation is fully supported and has been addressed in part.

257 A national psychology meeting was held 29 April 02 and the standardization of assessment tools completed.

258 OTSSC standardization is ongoing; staff assistance visits (SAVs) at the OTSSCs by the Rx 2000 Mental Health Team to verify implementation are to be completed by the end of November 2002. Initial indications of the SAVs conducted indicate that the standardization of clinical processes is in progress and much further developed than one year ago; however, there is still room to improve.

259 A Treatment Standardization Committee was created and held its first meeting in May 2002. A consolidated document is currently being prepared that will bring together all of the policies, guidelines and assessment tools developed through the series of working groups held over the past 18 months.

Analysis

260 During the original investigation it was evident that lack of co-ordination and standardization among the OTSSCs was the norm. The potential negative impact on CF members of varying standards of care and treatment across the country was the rationale for this recommendation. The CF has made considerable progress since that time in co-ordinating the activities of OTSSCs.

261 Staff assistance visits (SAVs), which are designed in part to ensure units are following appropriate procedures and adhering to best practices, are proceeding on schedule, and guidelines have been

published and distributed by the Treatment Standardization Committee (TSC). The TSC is a standing committee, with multidisciplinary representation from each OTSSC and Ste-Anne-de-Bellevue's VAC hospital mental health department, and is responsible for the promotion of standardized evidence-based treatment of deployment-related mental health illnesses and injuries. This committee meets quarterly and reviews and disseminates the latest information on dealing with OSIs.

Conclusion

262 The response to this recommendation has been positive and co-ordinated. Significant efforts are under way to implement this recommendation, and the standardization of clinical processes is well under way.

Recommendation 25

263 OTSSCs be resourced on a priority basis, and to a level sufficient to perform all of their designated functions.

CF response

264 This recommendation is supported and has already been addressed in full.

265 OTSSC Directors, in concert with their chain of command, are currently reviewing the additional staff they require to meet the guidelines developed during the OTSSC Directors/Rx 2000 MH Team meeting held on 28 Nov 01. In order to determine additional funding and support required from Canadian Forces Medical Group Headquarters (CFMGHQ), it was requested that each of the OTSSCs provide DGHS with a reasonable estimate of the additional staffing required. The requirements will then be addressed with the DGHS and Surg Gen. The funding commitment by DGHS has always been evident; however, despite the availability of adequate funding, there are still problems in finding additional staff for the OTSSCs because of shortages in mental health care providers in Canada. Recruiting is ongoing by the third-party contractor and innovative hiring practices are being explored.

266 ADM (HR-Mil) provided additional funding to support OTSSCs to DGHS through a reprofiling of QOL funds deemed surplus by VAC. This funding is being made available to enhance the programs and services provided through the OTSSCs.

Analysis

267 In late 2001, the CF identified a number of issues relating to the operation of OTSSCs, including the need to standardize treatment, as noted above. Other issues included staff burnout, staff and funding shortages, problems with civilian staffing, and a lack of time, money and direction to implement recommendations from focus groups.

268 Additional resources are being made available. The additional funding of $400,000 added to the initial operating budget ($2.4 million) this year for service enhancements at the OTSSCs was re-allocated from existing budgets. This is clearly a positive indication of the priority of these clinics. However, an assurance that funding will continue to remain available in the longer term would be even more positive.

269 The allocation of dedicated funding for research activities is also a positive step. In the end, funded research will not only help advance treatment and prevention but will also draw talented professionals to the organization.

270 According to DGHS staff, the availability of qualified mental health professionals continues to be a major problem. This shortage is felt across Canada and incentives have been put into place to try to address these issues. However, even incentives such as higher salaries, continuing education and the possibility of working in a civilian emergency unit are not sufficient to attract personnel like psychiatrists who are already "at a premium."

Conclusion

271 The CF has recognized the essential nature of OTSSCs and is addressing priority funding. Long-term commitment of funding still remains to be confirmed. The CF also continues to experience significant challenges in recruiting and retaining experienced and skilled human resources to meet OTSSC needs.

Recommendation 26

272 The DGHS initiate a pilot project that locates one OTSSC off-base, to ascertain whether such an arrangement is better suited to the objectives of the OTSSC.

CF response

273 This recommendation will be subject to a detailed examination.

274 Locating an OTSSC off-base, as a means of addressing this recommendation would only serve to increase the perception that stress-related injuries are in some way "dishonourable." In addition, medical experts recommend that optimal treatment of CF members with PTSD includes (to the greatest extent possible) maintenance of contact with the unit and the military. Moving an OTSSC off site could actually create a barrier to recovery. Locating an OTSSC off site would also increase the administrative and logistic difficulties of CF members in accessing care. OTSSCs, however, will conduct on a case-by-case basis, off-site support for individuals incapable of attending base facilities.

275 Nonetheless, DGHS will examine the ramifications of this proposal and develop a plan in detail recognizing that the recommendation has merit as long as it does not create more turmoil for CF members. The ongoing DND/VAC collaborative effort at VAC's Ste-Anne-de-Bellevue hospital (in Montreal) in the areas of in-patient and out-patient treatment for PTSD; joint research projects; pain management clinic and continuing professional support to the OTSSC will be used as a model. DGHS is to advise ADM (HR-Mil) of the feasibility of the Ombudsman's proposal by 30 Jun 02.

Analysis

276 The rationale behind this recommendation was that many CF members were not coming forward to seek treatment because they did not want their colleagues to know they were attending an

OTSSC. To a significant numbers of injured personnel, who were concerned about being discovered by their peers or superiors, a visit to the OTSSC located in a well-trafficked and highly visible location on the base was just too difficult. Even entering a CFB is very difficult for some of the patients who do attend the OTSSC for treatment.

277 My investigators found very little had changed since the release of the first report. All OTSSCs are still located on base, often sharing premises with other health care providers. For example, one OTSSC is located on the second floor of the base hospital. According to staff that works there, the stairs to the second floor OTSSC are known colloquially as the "stairway of shame." Another OTSSC is located on the fifth floor of the base hospital, accessible through the elevator bank facing the main waiting room. A number of patients at this OTSSC to whom we spoke found it extraordinarily difficult to have to walk through the waiting area of the Medical Inspection Room to take the elevator to the OTSSC. One stated that "everybody knows there is something mentally wrong with you when they see the elevator go to the fifth floor." As another CF member being treated at the same OTSSC said, "You feel like walking in with a paper bag on your head." At another OTSSC, the waiting room is visible to passers-by; as one staff member put it, "It is as if the clients are on display."

278 A vast majority of the patients we talked to in the course of preparing this report said they would rather go to an off-base location. We heard from caregivers who had been contacted by several CF members who had recently returned from Afghanistan. These members are simply refusing to come into the OTSSC because, in part, it is in such a public location (the other concern is confidentiality of their medical records). One caregiver told us "they don't want to be seen at the OTSSC; they don't want to be identified."

279 The majority of OTSSC and mental health caregivers we spoke to supported locating an OTSSC off-base as a pilot project. However, a significant minority of OTSSC caregivers supported the status quo, for the reasons advanced in the CF response detailed above. One OTSSC clinician stated that the "cornerstone of treatment is desensitization, and coming to base is just that." He added that members are often anxious at first to come to the hospital, but "in time become accustomed to it."

280 Other caregivers we spoke to argued there were no significant administrative or logistical difficulties to piloting an OTSSC off-base, and we heard no compelling arguments from any source that

supported this objection in the CF response. No concrete evidence has been produced to support the notion that an off-base OTSSC would be a "barrier to recovery." A number of caregivers and patients suggested a hybrid solution, with an on-base OTSSC supplemented by an off-base satellite to accommodate those who were not yet ready to seek help in a more visible area.

281 I understand the DGHS is still examining whether to fully implement this recommendation. A senior DGHS officer advised us that the analysis is under way and the viability of partnerships with VAC and/or the private sector is being considered. The analysis will not be complete until March 2003, which is, in his words, "far longer than anticipated." An OTSSC has commissioned a consultant to conduct a survey of patients to determine their views on having an OTSSC off-base. This survey is expected to be completed soon.

282 On 3 July 2002, DND and VAC officially opened the Ste. Anne's Centre for serving and retired CF members. The Centre is located at the Ste-Anne-de-Bellevue hospital near Montreal and has been treating current and former CF members since July 2001. It provides specialized services for trauma resulting from military service and offers assessment and treatment for psychological injuries. Ste. Anne's Centre works with treatment clinics that are being established by VAC in selected long-term care facilities that are currently contracted by VAC. It will become involved in outreach and education, as well as engaging in research on OSIs. It has a small in-patient facility. Ste. Anne's Centre will be affiliated with OTSSCs and will work closely with them. It employs a multidisciplinary approach and has similar evaluation, treatment and follow-up processes to those used by OTSSCs. Although the creation of Ste. Anne's Centre is a very welcome and positive development, it clearly does not qualify as a pilot project for an off-base OTSSC, primarily because of its geographic location. Ste. Anne's Centre is not within reasonable travelling distance from a major CFB with large numbers of CF members who have been operationally deployed.

Conclusion

283 I disagree with the CF response that creating an off-base OTSSC capability feeds into the perception that stress-related illness is "dishonourable." That perception is already widespread within the CF. Being off-base does not preclude close contact with the unit, nor does it create an impression of being dishonourable — that is

well in hand already. It certainly does not significantly increase the difficulty of providing administrative and logistical support. Until the CF creates a culture where those seeking treatment have confidence their illness will be understood and accepted by their comrades, the CF has, in my view, an obligation to provide treatment in an environment that encourages all members to come forward.

284 There appears to be some confusion as to exactly why this recommendation was made. It was not designed as the 'thin end of the wedge' to 'civilianize' OSI treatment. I anticipate an off-base OTSSC will be staffed exactly as the ones on-base are currently, with a blend of military and civilian staff. The reasoning behind creating an off-base OTSSC does not relate primarily to treatment; rather, it is a privacy and confidentiality issue. We were told that a significant number of CF members are not coming forward to get the treatment they need because they do not want their peers to know that they may need psychological help. This is quite understandable given the stigma attached to OSIs. The main purpose of an off-base OTSSC is to create an environment where members will access the help they need more quickly, thereby increasing their chances of remaining productive CF members. In that scenario, everybody wins.

285 I have some concerns that the current survey commissioned by one of the OTSSCs to determine members' views about having an OTSSC off-base is being done only with current OTSSC patients. While I am sure they will provide valuable input, the primary goal is to encourage members who have not yet come forward to get treatment. This survey does not assist in quantifying the number of members who fall into that category. To get a more thorough picture, the CF should also conduct a survey of members returning from Afghanistan to determine what their preferences would be in the event that they wanted to get help for a possible OSI.

286 DGHS has asked for a grace period to complete the analysis. I agree that if the CF does begin a pilot project it should be done based on thorough and objective research, and I look forward to the analysis. I will be keeping a very close eye on how DGHS continues to deal with this recommendation.

287 I also encourage the Health Services branch to listen to members and the individual caregivers in the field on this issue and give the recommended pilot project a fair chance.

Recommendation 27

288 The Canadian Forces take steps to deal with the issues of stress and burnout created by lack of resources and high caseloads among Canadian Forces caregivers.

CF response

289 This recommendation is fully supported and has already been addressed in part.

290 A series of recommendations to ensure adequate "care for the caregiver" were developed and supported by the DGHS. Of note were the requirement for a formalized clinical supervision program (one hour per week per clinician), the need for an external counsellor to be available to support OTSSC clinicians, and the need for regular team-building exercises.

291 There was also a commitment to immediately address staffing issues to reflect reasonable caseloads. Mental Health Care Manager positions will also be created at each of the clinics that have an OTSSC to remove some of the administrative burden from the clinical staff.

292 In order to better comprehend the scope of provider burnout in the CF, the DGHS is currently conducting an analysis of the number of health care providers who are away from their place of employment because of stress and burnout. The Chap Gen staff maintains a database monitoring the well-being and functioning of all Reg Force Chaplains relative to a number of criteria including stress/burnout. CFPSA will survey MFRC counsellors involved with PTSD issues and determine the extent of stress and burnout in their staff. Additionally CFPSA staff will examine the acquiring of the DGHS clinical supervision program for their counsellors.

Analysis

293 This recommendation was intended to raise awareness about the plight of the many dedicated military and civilian personnel who are trying to improve the quality of life of CF members, often with insufficient resources and in stressful working conditions. In the words of one social worker describing what would happen if outreach were added to the task load, "If you want to put something else on my plate, you'll find me in the hole."

294 Mental Health Manager positions have been created at the OTSSCs we visited. It is too early to determine with any certainty to what extent these positions have alleviated the administrative burden on front-line workers. We were advised that there is still insufficient administrative and clerical support for caregivers in at least one OTSSC, which has just one administrative clerk for 21 active clinicians.

295 As pointed out in Recommendation 1, it is difficult to obtain meaningful statistics about the numbers of OSI patients CF-wide. However, there is some evidence that patient numbers are increasing significantly. For example, one OTSSC saw 113 new OSI cases between January and July of this year, compared with 120 cases in total in 2001, and 105 cases in total for 2000. VAC reported that PTSD cases had increased from 30 to 120 for the area between Saskatoon and Thunder Bay in an 18-month period ending in June 2002. One CF social work office reported that it had 37 PTSD cases currently open in December 2001, of which 21 were opened in the previous six months.

296 There is evidence in some centres that workloads are becoming manageable, although this conclusion is by no means based on any scientific analysis. In at least one OTSSC we visited, the numbers of cases that are being outsourced are being reduced.

297 My investigators found that there is still a disturbingly high incidence of stress and burnout among the caregivers they interviewed for this investigation. Equally as worrying is the existence in some locations of intense workplace conflict — in some cases we heard of workplaces being referred to as poisoned environments. The CF has lost very experienced and dedicated caregivers as a result. It can ill afford to do so. Many with intimate knowledge of the CF blame friction between military and civilian cultures, with confusion over who was actually in charge. Others blame conflicts between physicians and other health care professionals that exist even in civilian environments. The use of a

third-party contractor to provide staff was generally seen in a negative light from a military culture perspective, creating uncertainty over job security and a further layer of bureaucracy that made reporting chains unclear and exacerbated friction within the organizations. At the very least, the use of yet another category of staff member in the workplace, with different entitlements and exclusions, exacerbates the challenge of effective team building. It is of tremendous credit to all concerned that the tension within certain workplaces has not had a widespread impact on the excellent quality of care given to patients. However, there can be no doubt that a price is being exacted, not only on the caregivers, but also ultimately on the patients and the CF.

Conclusion

298 The CF continues to lose excellent caregivers through overwork and, on occasion, through poor workplace management. Job stress, workplace tensions and team-building issues have persisted and have been exacerbated by the high reliance on third-party contractor staff. This creates additional challenges. All efforts must continue to be taken to resolve this situation.

Recommendation 28

299 The Canadian Forces take steps to improve support programs designed for the families of members diagnosed with PTSD, at all elements and locations.

CF response

300 This recommendation is fully supported and has been addressed in part. Family support programs are being considered as Part 4 of the OSISS program. Furthermore, there are currently a number of individual initiatives that are going on at Military Family Resource Centres across the country where the Prevention and Intervention Counsellors are very involved with this issue — particularly as it relates to families. MFRCs are also standing members of Base Crisis Intervention and CISD [critical incident stress debriefing] teams, have a referral function, and are involved with all pre- and post-deployment briefings, etc. The Web site "PTSD and The Family" is currently undergoing revision with the intent to post on the CFPSA Web site. The details of how best to implement this recommendation will be undertaken in 2002 for implementation in 2003/2004.

Analysis

301 My first report included this recommendation to highlight the scarcity of resources provided to help families of members suffering from PTSD and other OSIs. Children of all ages, spouses, partners and even parents of members suffering from an OSI are affected, and the CF must do more to help them.

302 OSISS peer support is an excellent first step, but OSISS is currently not able to take on the full range of problems affecting families. OSISS has a well-developed expansion plan that will allow the focus to include support to families affected by issues associated with stress-related injuries in the next several years. Unfortunately, this concept must be allowed to evolve slowly to allow for the build-up of expertise before it can take on all the OSI issues. Response to the ever-increasing demands on OSISS services is limited by the existing budget. This has not stopped OSISS peer

co-ordinators from becoming involved in helping families in some situations, but their numbers are simply too limited to expand this service in the short term.

303 MFRCs are an excellent tool to help support CF families. My investigators were very impressed by the dedication and effort put forth by the MFRCs across the CF and the many fine personnel who staff them (both professionally and voluntarily). However, they too are often faced with many challenges in fully meeting the family requirements.

304 As for all caregivers, confidentiality of information is a major issue for MFRCs and they were not created with the idea of handling highly sensitive information. For example, MFRCs do not have access to Protected "B" documents, such as lists of deployed personnel, owing to the sensitivity of the information. This restricts their ability to intervene in some circumstances. The MFRCs have a unique communication challenge as well, in that they do not report through the normal medical or operational chain of command. This often leaves them out of the information loop. They are also sometimes hampered by a lack of resources.

305 The Royal Canadian Legion is a valuable resource that is not yet being fully used. The Legion offers a wide variety of services to veterans and their families to ensure they are aware of and have access to the benefits and programs that are available to them. The Legion is working with OSISS, MFRCs and with VAC on OSI issues.

Conclusion

306 More work needs to be done in this area. Although there are good intentions and plans to expand services to families through the OSISS project, it currently does not have the capacity or budget to meet the full needs of families in the short or medium term. Similarly, MFRCs require more resources and better communication links if they are to pick up a greater share of responsibility in providing services to family members. Excellent initiatives were noted at the MFRCs we visited and they will help to make a difference for the members. I look forward to increased co-operation between DND/CF and the Royal Canadian Legion.

Recommendation 29

307 The Canadian Forces continue support for the Operational Stress Injury Social Support initiative and provide resources as required to extend this or similar programs across the Canadian Forces.

CF response

308 This recommendation is fully supported and has already been addressed. DCSA has dedicated resources to OSISS and has hired Peer Co-ordinators for the Peer Support Network Pilot that commences in Feb 02. Additionally, DGHS has hired a civilian Social Worker (former CF) to be a dedicated resource for OSISS; this mental health expert will be available to provide clinical PTSD input to all phases of the OSISS project.

Analysis

309 OSISS has made tremendous strides since it became operational in March 2002. Currently it has four peer co-ordinators, based in Edmonton, Winnipeg, Petawawa and St. John's. Four more peer co-ordinators will complete their training by November 2002. As of 7 October 2002, OSISS was dealing or had dealt with 215 cases. OSISS has a full-time staff member seconded from VAC to assist the peer co-ordinators.

310 According to Maj Stéphane Grenier, the OSISS project manager, the CF has been supportive in providing resources. However, demands for service have been higher than anticipated and opportunities have also arisen that require flexibility in allocating available assets. For example, visits to Edmonton by staff from Ste-Anne-de-Bellevue and, separately, a visit from a Vietnam veteran to help the peer co-ordinator set up a support group were not originally foreseen and have to be accommodated within the budget. OSISS also intends to begin a family support program, but "funding remains a concern," according to the minutes of OSI Steering Committee meeting held on 1 October 2002.

311 My investigators heard widespread praise for OSISS throughout the CF community and VAC. The comments of one MFRC worker were typical of the reaction: "It's an awesome idea." OSISS has

made the health of its staff a priority to address concerns that the workload may have an adverse effect on their members.

312 My Office has also seen first-hand the success of the OSISS project in action in individual cases and has been witness to the dedication and commitment of OSISS peer co-ordinators. Subsequent to the release of the original report, my Office received and continues to receive calls from CF members suffering from OSIs who have fallen through the cracks in the system and who often need immediate help. In some circumstances, we have been able to work directly with OSISS peer co-ordinators to facilitate referrals and have seen immediate results, with support being provided to the member and co-ordination being put in place to get the member in touch with treatment and resources. For example, my Office was recently contacted by a Crown attorney about a PTSD sufferer who had encountered the criminal justice system partly as a result of an OSI. The Crown attorney contacted us out of concern that this person had become disconnected from the CF care system and might not be receiving the necessary treatment and follow-up. My Office was able to facilitate the involvement of OSISS, which had had previous contact with the member. An OSISS peer co-ordinator immediately attended where the member was being detained, provided support to the member and his family, and ultimately facilitated the person's release into a treatment centre.

313 My investigators also attended parts of the inaugural and subsequent OSISS training courses, and were present when OSISS peer co-ordinators spoke to CF groups. They saw that peer co-ordinators, because of their backgrounds, were very effective and credible educators. As noted under Recommendation 11, OSISS intends to create a database of members and former members with experience of operational stress who are not peer co-ordinators but who are prepared to present on OSI issues. This is an excellent idea.

314 I am also encouraged that OSISS has a 'seat at the table' at the OSI Steering Committee, albeit in an advisory capacity, not as a full member. OSISS also presented to the committee on its activities at the meeting on 1 October 2002.

Conclusion

315 I congratulate the CF for championing this initiative, and urge that it continue this support. Resources should be allocated as the project expands, according to its growing needs. I believe OSISS

has proven itself to be a very valuable tool in dealing with the OSI issues that face the CF and threaten its operational effectiveness. OSISS will be a key contributor to the culture change required to combat the stigma associated with OSIs and to ensure that CF members who may have an OSI are not too frightened to come forward to get the help they need as soon as possible. My staff has kept in close contact with OSISS staff members throughout this investigation and will continue to do so. It is clear that the success of this project is largely because of the determination and leadership of Maj Stéphane Grenier, the ongoing support of the chain of command, including LCol Dave Wrather and LGen Christian Couture and the commitment and dedication of the OSISS peer co-ordinators. They deserve credit for their excellent work.

Recommendation 30

316 The Canadian Forces initiate an end-to-end review of the rules dealing with confidentiality of medical information. In the short term, breaches of confidentiality must be dealt with quickly and visibly to re-establish confidence in the Canadian Forces' commitment to protect personal information.

CF response

317 This recommendation is fully supported and has already been addressed in part. CANFORGEN 026/00 ADM (HR-MIL) 181430Z FEB 00 "Disclosure of Medical/Social Work Information to Commanding Officers" was promulgated stating that medical information was not to be disclosed to Commanding Officers without the member's consent. This message covered the basics of bringing the CF's policy in this area in line with policy in the civilian world. Its contents have been reinforced to Canadian Forces health care providers. While it is hoped that all Canadian Forces health care providers are acting in accordance with this communication, cases where they are not, will be dealt with appropriately.

318 The Canadian Forces Health Service has already undertaken a comprehensive review of CF policies on the privacy and confidentiality of medical information. This review included extensive consultation with military and civilian experts. This has resulted in the production of a draft Defence Administrative Order and Directive (DAOD) on this subject. The DAOD brings CF policies in this area in line with those in place in the civilian world in Canada. The DAOD must now receive full review, and then be promulgated across the CF.

319 In conjunction with the DAOD, a draft Health Services Instruction for the Canadian Forces (HSICF) has also been produced. This document gives detailed guidance to health care providers covering some of the more complex areas concerning the privacy of health care information. This instruction will be promulgated to

CF health care providers once the DAOD on which it is based receives final approval.

Analysis

320 A delicate balance is required between confidentiality and the need to communicate information required by commanders and decision makers to do their jobs. My investigators were rightly concerned about instances of medical confidentiality being breached that they heard about during the original investigation into Cpl McEachern's complaint. When a patient's private medical information is shared inappropriately with others, the violation of privacy must be dealt with. However, it is clear that there is another half to the confidentiality equation, and that is the necessity to communicate between the caregiving community and the operational chain of command. To focus only on the problem of disclosing too much dismisses the potential damage to the health and welfare of CF members, their families and possibly others, if too little is communicated. It is evident that the CFHS are striving to find the proper balance between saying too little and saying too much. This problem is clearly not yet resolved. One Base Commander told us he "couldn't imagine that the communication gap between the operational chain and the medical professionals could get worse."

321 The issue of confidentiality of personal information is clearly a central concern of the CF health care community, but it is even more of a concern to CF members who are or may be suffering from an OSI. We have heard from reliable sources that several members who have recently returned from Afghanistan refuse to seek help for potential OSI issues because, in part, they have no confidence that their medical records will be kept confidential. One of the most alarming comments we heard during this investigation came from a senior, experienced and very dedicated OTSSC staff member who told us, "If I were a soldier, I wouldn't come here. There's no real confidentiality. Everyone knows you're here. We can't protect your records. If I were them, I'd get private treatment."

322 CANFORGEN 100/00 section 5.B. (2) states that "The Health Care Co-ordinator (HCC) will inform the CO of the member's employment limitations, including information on when or if the member is likely to be returned to full duty without limitations." It was reported to my investigators that strong educational efforts are being made across the CF. During a 'blitz' in the spring of 2002, caregivers were given a briefing about what information could be

provided to the chain of command and under what circumstances. Each region was asked to review the awareness level in this area. However, the fundamental issue is communication of information. In the words of a senior CF Medical Group (CFMG) member, "It is increasingly difficult to help soldiers when you can't discuss specifics."

323 In every instance when the issue of confidentiality of information was raised with caregivers during this investigation, there was a high level of awareness of the rules. Similarly, most caregivers immediately acknowledged the challenge of providing enough information to the operational chain of command to allow them to do their job. The other challenge lies in explaining the confidentiality rules to members and to restoring trust and confidence in the system. In the end, the most effective way to reduce the members' concern about the privacy of information may be to change the stigma associated with mental health issues. Another way is to facilitate administrative changes mentioned elsewhere in this report, changes that are intended to retain as valuable contributing members of the CF those members who suffer from an OSI. Too frequently members fear coming forward with their OSI issues because they believe this may be their "ticket out of the Canadian Forces."

324 An area of concern during the earlier investigation was the sharing of information between VAC and DND medical authorities. CF members and some VAC employees had expressed very real concerns that this would lead to violations of confidentiality. My investigators did not find that fear realized. In fact, they found that the concern surrounding this issue had virtually disappeared. While a few people still expressed reservations, no evidence of breaches in confidentiality were found. What is causing considerable concern are confidentiality issues raised by the Primary Care Renewal Initiative (PCRI) currently being undertaken by DGHS. The PCRI process requires that notes taken by mental health caregivers (including social workers) become part of a member's general medical file, and therefore accessible to non-mental health professionals. These notes often contain very sensitive and personal information. This initiative, in its current form, is seen by many of the mental health caregivers we spoke to as an unnecessary and retrogressive step that will further erode members' faith in the confidentiality of their records. There have been instances where CF members, having been advised of the policy, have refused treatment. Apparently, the rationale for appending clinician notes to a member's general medical file is that there was poor communication between mental health caregivers

and Medical Officers. The Medical Officers stated that they needed some details of the patient's mental health to ensure they gave appropriate treatment.

Conclusion

325 Confidentiality of personal medical information is an important issue; however, in an organization such as the CF, the ability to communicate effectively between the caregiver community and the operational chain of command for the protection of members and society in general is equally important. The CF medical community is striving to protect privacy and confidentiality of medical information to the best of its ability and the level of awareness of the rules surrounding confidentiality of medical information is very high within the medical community. The level of concern about the privacy of OSI information remains high and continues to prevent some members who may need help from coming forward. I do not think it should be difficult to reach a compromise on information sharing between Medical Officers and mental health professionals. Surely it is possible to provide sufficient information for a Medical Officer's needs without divulging detailed case notes.

326 The bottom line, from our perspective, is that CF members are refusing to come forward and get help because they are concerned about who will have access to their health care records. In many cases, these concerns about confidentiality are directly related to the stigma associated with OSIs, which still persists, and fears that members who suffer from OSIs will not be well treated by the system and will ultimately be released from duty.

Recommendation 31

327 The Canadian Forces create the position of PTSD co-ordinator, reporting directly to the CDS and responsible for co-ordinating issues related to PTSD across the Canadian Forces.

CF response

328 It is acknowledged that the CF must take a holistic approach to the issue of Operational Stress Injuries, of which PTSD is the best known. All of the core activities identified by the CF Ombudsman (mental health, family support, spiritual well-being, compensation and benefits, policy development, education and training (and their delivery in CF institutions)) are the responsibility of ADM (HR-Mil) who reports directly to the CDS. It is therefore obvious that ADM (HR-Mil) is already the *de facto* CF OSI Co-ordinator. To assist ADM (HR-Mil) in the fulfilment of this responsibility and to ensure that the chain of command is actively engaged, a steering committee will be organized consisting of all principal stakeholders including the EC [Environmental Chiefs] Deputy Commanders. The steering committee will create a formal means for the review of all OSI matters. The mandate of this steering committee will be to co-ordinate, where necessary, OSI-related issues and its terms of reference will be issued in due course.

329 The Steering Committee has been formed and held several meetings. The CDS has appointed a special advisor on PTSD, Capt (N) Judy Harper, assisted by the CF CWO [Chief Warrant Officer], to provide direct input on the issue.

330 The OSI Steering Committee, with membership at the Asst ECS [Assistant Environmental Chiefs of Staff] level and representatives from the operational, medical, social, career, family, education and policy domains met 21 May 02. The confirmed goal of the SC [Steering Committee] is to advance the awareness and acceptance of OSI issues by all CF members and to harmonize CF policies to support these initiatives. It was also reiterated that the SC will examine the full

spectrum of stress-related issues and will not be limited to those arising from operational deployments.

Analysis

331 A large number of disparate authorities within the CF, often reporting through different chains of command, each have an impact on how the CF deals with OSIs. Indeed, in some instances, the ADM (HR-Mil) cannot control how the CF deals with OSIs. For example, the Environmental Commands play a crucial role, as do the Military Police, but neither report to ADM (HR-Mil). In short, it was anything but obvious that the ADM (HR-Mil) was the *de facto* CF OSI Co-ordinator.

332 It did seem obvious to me that a holistic approach was needed to ensure the CF tackled OSI issues effectively. To achieve this goal, I recommended that the CF create the position of a PTSD co-ordinator whose responsibility included all of the various stakeholders, of which ADM (HR-Mil) was the major but not the only one. This person, who would report directly to the CDS, would be responsible for ensuring ongoing co-ordination among all CF stakeholders.

333 I had numerous discussions with the CDS over the implementation of this recommendation. Ultimately we agreed the model that has been put in place, with a special advisor reporting directly to him and a steering committee composed of key decision makers from stakeholders across the CF, met the intent of the recommendation. I indicated that I would monitor its effectiveness.

334 Captain (Navy) [Capt (N)] Judy Harper was appointed Special Advisor to the CDS for OSI. Her terms of reference were issued by the CDS on 12 July 2002. The terms provide that "The Special Advisor to the CDS for Operational Stress Injuries is a secondary duty." She has access to the CDS "on a regular basis" but reports to ADM (HR-Mil) on a day-to-day basis. The terms require that she "take the lead in representing the CDS' interests in implementing the solutions, working closely with the Committee and Environmental Chiefs of Staff." She is also mandated to establish "a working relationship with the ECS at all levels from strategic to local/tactical in order to determine and report on the requirement for compliance with OSI policies and procedures." She is required to "report regularly to the CDS and OSI Steering Committee on program adequacy and compliance." Capt (N) Harper is also DTEP. Chief Petty Officer, 1st Class, Richard Lupien, who is the CF Chief Warrant Officer (CFCWO), assists her in her OSI duties.

335 The OSI Steering Committee is made up of senior CF stakeholders, including the Assistant Chiefs of Land, Air and Maritime staffs, the DGHS, the Director General Military Careers, a senior DCDS representative, the Chaplain General and the Surgeon General. The OSI Steering Committee has a number of advisors who attended the first meeting, which was held on 21 May 2002, including the DCSA, the Chief CF Social Worker and the head of the CFMG Mental Health Team. It includes an observer from VAC. The OSI Steering Committee has a very broad mandate, including, according to its terms of reference "addressing the concerns" that I raised in my original report. One of its primary goals is to

336 > ensure the chain of command is actively engaged at all times and in all situations to effect a cultural change within the CF that will develop a supportive environment, develop better understanding of issues at all levels and ensure co-operation and focused work to get service members healthy and back to work.

337 The OSI Steering Committee is chaired by the ADM (HR-Mil), LGen Couture, and according to the terms of reference, is scheduled to meet quarterly unless the need arises to meet more often. As noted in the minutes of its first meeting in May 2002, LGen Couture "stressed that this was not another committee but an attempt to establish a process to ensure that corresponding issues both from the [original] report and other initiatives were dealt with without duplication of effort and inconsistencies."

338 The OSI Steering Committee met for the second time on 1 October 2002. I am pleased to note that there was no significant dilution in the decision-making authority of members who attended. In his opening remarks, LGen Couture emphasized the "importance of the Steering Committee as a forum to provide the leadership, guidance and direction to address the entire spectrum of OSI issues." The meeting covered a variety of issues, and the deliberations are included where appropriate in the analysis of individual recommendations. The Director of Professional Services at Ste-Anne-de-Bellevue presented on VAC OSI initiatives and Maj Grenier presented on developments in the OSISS project. I was also pleased that a CO from a recently deployed Battle Group also presented on OSI issues from the operational perspective.

339 The level of co-operation between the Special Advisor to the CDS for OSI and the Ombudsman's investigators was very good during this investigation. The OSI situation within the CF is a multifaceted, complex series of interconnected issues and it will take time for any individual, however dedicated, to master them. It

was apparent during an interview on 18 July 2002 with Capt (N) Harper and the CFCWO that they were not aware of the Department's progress in a number of key areas, but this is quite understandable since their terms of reference had been issued six days previously. I understand that the Special Advisors attended a number of information sessions on OSI issues subsequent to that meeting. My investigators met with them for a second time on 23 September 2002 and although there is much yet for them to master and field trips had not yet been taken, it was clear their level of awareness had markedly improved. I understand they intend to visit Edmonton in late October to gather information in the field. It will be important for the Special Advisors for OSI to concentrate on talking with caregivers and members of the operational community at the working level during their travels to ensure they reflect the results in the field as opposed to the plans on paper.

Conclusion

340 During the field visits by my investigators, it was evident that co-ordination and co-operation must still be improved in several areas. Examples have already been provided under specific recommendations. In general, we observed that the level of co-ordination and co-operation at the field level has not improved. In this regard, I am particularly concerned that units do not appear to be receiving OSI training to any great degree. I believe co-ordination between the Environmental Commands and the health care chain of command could relatively easily rectify this problem, in broad accordance with the DTEP review recommendations. This is a prime example of a case where responsibilities for implementation of OSI supportive activities are split between the operational chain of command (which ultimately reports through the Environmental chain of command) and the medical chain of command (which reports through the ADM (HR-Mil) chain).

341 In the case of unit continuation training, the onus is on the unit to request training and the OTSSC is responsible, along with OSISS and other resources as necessary, to deliver it. If continuation training is not improving, it may be due to the units not requesting it — as was the case in one large base we visited — or it may be due to the inability of the OTSSC or OSISS to free up the resources to develop or deliver it. In either case, responsibility is difficult to assign, but it is clear that co-ordination has not yet been successful.

342 As another example, MFRCs are not fully included in the network of care, and consequently opportunities are lost for sharing of information. Indeed, even within the MFRC organization, we were told that most OSI information for distribution is dug up and/or developed locally. The specific example provided was when the local MFRC wanted critical incident stress (CIS) training, the MFRC found and funded a local municipality-based organization to do it. The MFRC worker also described duplication of services and a lack of clearly defined lines of responsibility. Another social worker told us "There is a high level of territoriality being borne out of the inability to communicate between various helping bodies." Conversely, we heard that some MFRCs relied on OTSSCs for their OSI activities. Clearly there is room for more co-ordination between MFRCs and other organizations.

343 It is too early to determine whether or not the Special Advisor to the CDS for OSI system as it currently stands works in practice. The creation of a Special Advisor position is an excellent step, but I have some lingering concerns that it has been designated a part-time position. The incumbent has many other onerous duties including that of DTEP and it is difficult to see how she will be able to devote the time and effort required to this task, even with the assistance of the CFCWO, who himself also has numerous other responsibilities. That said, my investigators were impressed by their willingness to tackle the issues and I look forward to concrete results in the near future.

344 As an initial step, the CDS has made the right decision in appointing an OSI Special Advisor who is not part of the medical community. This reinforces the very important message that PTSD and other stress-related injuries are a direct responsibility of the chain of command, as opposed to being simply a medical problem. Dealing effectively with OSIs has an obvious and very important medical component, but the leadership element must be provided by the chain of command.

345 The creation of the OSI Steering Committee is also a very positive development. The establishment of the goal to advance the awareness and acceptance of OSI issues by all CF members and to harmonize CF policies to support these initiatives is encouraging. However, a key difficulty with the committee approach is the lack of specific accountability. In addition, the workload for already heavily tasked individuals, especially the Environmental Command Deputy Commanders, may preclude the attention this subject deserves, despite the best of intentions. With respect to responsibility, ADM (HR-Mil) is clearly the organization most heavily involved with responding to the challenge of dealing with

OSIs, but the majority of my recommendations will require the active involvement of organizations and individuals not directly under the control of this personnel organization.

346 The activity of the OSI Steering Committee will need to be monitored to ensure that attendance does not end up being delegated to environmental staff members with less authority. The effectiveness of the committee approach will need to be monitored to ensure the lack of a single point of responsibility does not dilute the committee's efforts. Lastly, very aggressive efforts are needed to connect this high-level committee with the reality of what is transpiring in the field.

347 During the course of this follow-up investigation, we identified key issues that present significant challenges to the care of CF members with OSIs: resources, a growing gap between the operational chain of command and fairness.

Resources

348 Resource shortages have become a fact of life for the CF and frequently come to the foreground during discussions about the ability of the organization to put combatant forces in the field or to replace aging equipment. It is now abundantly clear, however, that resource limitations are seriously affecting how the organization deals with stress-related injuries in almost every area. One Deputy CO described his conundrum this way: "I need to balance the need to be compassionate and provide treatment for the soldier with the need to meet incredible task burdens."

349 Chronic personnel shortages are affecting the way military members view those around them who are suffering from stress-related injuries. The level of resentment that develops toward injured members when they are unable to carry their full load cannot be overstated. In my opinion, this is a major contributor to the very complex peer attitude toward those who suffer from stress-related injuries.

350 At a very fundamental level, the unrelenting shortages of people, time and financial resources are creating a dangerous level of background stress within the CF. This problem is particularly severe within the organizations that support the combat units.

351 One of the most critical shortages is time. Over and over again, my investigators heard that life in the CF is simply "no fun anymore." The time to build relationships and develop healthy *esprit de corps* is just not there in an organization that is constantly on the go. In one instance, we heard of a unit that had to order members to attend a family day. The CO was trying to build unit spirit and include the families, but the members were just tired and wanted to spend the little time off they had at home. The words of one Deputy CO of an Infantry battalion sum it up well: "Taskings are the number-one killer in the Army."

352 The ability to take time to introduce new training and/or education efforts to help change the culture within the CF to be more understanding and accepting of stress-related injuries is not

there either. As a result, even if the direction exists to improve the level of awareness about stress and stress-related injuries, and the honest desire is there, the actual ability to do it is seriously impeded by the lack of time — both on the part of the operational chain of command and on the part of those able to deliver the training.

353 The level of awareness within the medical community about the role and functions of the operational elements they serve is severely limited by the available time they have to pursue familiarization efforts.

354 In the opinion of my investigative team, the vast majority of the members of the chain of command are committed to improving awareness about stress-related injuries and changing the culture. However, the lack of time and resources precludes much improvement.

355 Resource shortages are also increasing the severity of the workload within the caregiver community. In many cases, my investigators were assured at the national level that sufficient resources are available. While we did note improvement in some areas, shortages at the unit level were severe and hampering the delivery of the service. The dedication is obvious, but the workload is so high that, combined with the impact of organizational change, normal workplace team-building efforts are not pursued. This leads to deteriorating working environments, creating yet more stress on the caregivers. Padres, social workers, doctors, nurses, psychiatrists and psychologists are equally affected. One padre indicated to my investigators that he was looking forward to a deployment to finally get a rest. Within the chain of command, similar levels of stress exist and are getting worse. Many times, the interaction between the chain of command and the caregiver community suffers badly as a result. The simple lack of time is certainly the largest contributing factor to the increasing communications gap and growing alienation between these two communities.

Cost of recruitment

356 The human cost of not dealing with OSIs is considerable. Additionally, there are huge financial costs involved in replacing members who leave the CF because of an OSI. It takes approximately $315,000 to recruit and train a member to a level where he or she is considered combat-ready and deployable as an infantry soldier.

357 The cost in terms of lost experience, poor morale and damage to perceptions of the CF as a desirable place to pursue one's career are impossible to measure. No doubt these factors have cost the CF and continue to contribute to its poor performance in the areas of recruitment and retention. According to the April 2002 Report of the Auditor General of Canada,

358 > despite efforts, the Canadian Forces' current push to recruit has not attracted enough new regular force members to meet its target of 7000 [...] The Canadian Forces needs its skilled and experienced people to stay in the military and so is looking at retention options.

359 This poor performance in turn contributes to personnel shortages. The result is a vicious circle where personnel shortages continue to exacerbate members' stress and pose an obstacle to resolving problems associated with OSIs.

Cost of litigation

360 There is another potential financial cost that I touched on in my first report — litigation. Currently, the United Kingdom Ministry of Defence (MOD) is dealing with claims from approximately 2,000 former military members who have or may have PTSD. The majority of these claims (1,700) are joined in a group action suit that is currently before the Courts. The total value of the claim in this action is about C$675 million. The case, which is scheduled to conclude in 2003, has already cost the MOD approximately C$30 million in legal fees alone. Interestingly, according to the MOD Chief Claims Officer, one of the major issues at trial is whether the MOD created a culture where individuals were too afraid to come forward to receive treatment in a timely manner. Other issues that will likely arise during the trial include what duty of care the MOD had to military members, both during a member's service, at the time of discharge and subsequently; predeployment briefing, screening and preparation; post-deployment debriefing; cumulative exposure; treatment; and resources. These are similar issues to those discussed in my original report. The CF and the Canadian government are now facing a $6-million lawsuit filed by two CF members. They claim they are suffering from PTSD that they allege was brought on by a variety of factors including inappropriate care during and after overseas deployments, as well as by increased workloads and responsibilities.

Growing gap between the operational chain and caregivers

361 This is a serious situation, deteriorating as time passes. Exacerbated by the shortages of people and time, it will not cure itself, despite the best efforts of some very dedicated members of both communities. What my investigators found as they visited the bases and units across the country was that members of the chain of command were becoming increasingly distrustful of the caregivers. Now that Medical Officers can grant sick leave directly, many in the chain of command believe these caregivers hand out stress leave on a whim. For example, my investigators were told 'second hand' of a Medical Officer who allegedly granted stress leave to an individual who found his house-hunting trip stressful. Supervisors reported to us that the medical chits are "useless," in many cases simply stating the member is unfit for military duties. The individual's supervisory chain cannot get any details about what they can do to help.

362 The medical personnel, many with little or no military experience, are increasingly relying on the perception of the chain of command they develop by listening to their patients. This one-dimensional view frequently paints the supervisory chain as insensitive, uncaring and focused on getting rid of the problem rather than helping the individual return to work.

363 These two perceptions — the frivolous medical professional handing out sick chits and stress leave without justification, and the unfeeling and uncaring chain of command — are clearly so far off the mark as to deserve ridicule. But they exist. A very small amount of time spent with either group is enough to convince anyone that just the opposite is true. Both of these groups are clearly dedicated, professional and absolutely committed to doing the right thing for the welfare of the members of the CF, for whom they share responsibility. We did come across some local initiatives where the chain of command was making efforts to bring operational commanders and caregivers together to discuss these issues on a regular and informal basis. The recent initiative of the Commander of the Brigade Group in Edmonton to have a breakfast at which caregivers and local commanders were present is an excellent example. Unfortunately, both groups are so busy, and getting busier, that they cannot spend sufficient time in each other's areas to dispel the false impressions.

Fairness

364 A constant theme detected by my investigators throughout this investigation was the question of fairness. Simply stated, in the effort to treat stress-injured members properly, the system cannot afford to create situations where those who are not injured seem to be treated unfairly.

365 First, inequity of any kind is a source of discontent and can lead to morale problems. Second, it increases the stigma already associated with members suffering from stress-related injuries. In many of the complaints my investigators handled, the resentment about perceived advantages received by those who were diagnosed with serious stress injuries was at the heart of the issue. These benefits also tended to create a perception that there were people out there who would attempt to gain them dishonestly, because they were so attractive. We heard of one case where a soldier approached a padre to say, "I have a lot of stresses, being a single parent with stresses. I was with them, lived through the same things and I don't have PTSD but I could go see the social worker and get it [PTSD diagnosis] like that. I won't do it but it's tempting."

366 For all of these reasons, valid inequities must be removed wherever they exist and ignorance about the so-called benefits of being injured must be dispelled. For example, being able to earn a second salary "especially as a bouncer downtown," as one CO referred to it, while still earning the CF salary was a source of great resentment. The additional right to receive a VAC disability pension while still serving created even more inequity in the eyes of many soldiers. A Medical Officer in the field referring to this said, "I question the award of a VAC pension while so-called ill members are still earning their military pay."

367 In reality, not a single patient we have talked to or any member of their family would ever choose to live the life of a PTSD victim. The quality and indeed the quantity of life are much reduced, and the price paid for the service-induced injury far exceeds any potential compensation. Nevertheless, the perception of unfairness must be dealt with and inequities with respect to leave, salary and pension benefits must be minimized or removed.

Conclusion

368 The purpose of this report is to provide a snapshot of the progress the CF has achieved in implementing the recommendations in the nine months since my first report on this issue was released. As I noted at the beginning of this report, very significant things can happen in nine months. That said, I am fully aware that it takes time for an organization as large as DND/CF to make fundamental changes. In particular, changing any culture to become more understanding of stress-related illnesses will not be accomplished overnight, and DND/CF is no exception.

369 Overall, I am pleased to see there is much happening that is positive. DND/CF senior leadership has acknowledged that OSIs have a huge impact on operational effectiveness. It has approved a program that will hopefully improve education and training about OSIs for all CF members, while at the same time targeting CF leaders in particular. DND/CF has created and supported the OSISS project. Further, all indications to date are that the in-theatre mental health care resources and reintegration programs put in place for the Battle Group that went to Afghanistan were successful.

370 Senior CF leadership has demonstrated a commitment to tackle the issues raised in my original report, and to redouble the efforts that were ongoing prior to its release. However, I am concerned that this sense of urgency is not always reflected further down the chain of command. For example, in some of the areas we visited during this investigation, field units were still not requesting training about OSIs, citing other more pressing priorities. In my view, this training is crucial in helping to destigmatize OSIs among peers. In another example, little has been done to implement a pilot project to locate an OTSSC off-base. We believe putting an OTSSC in an anonymous location will encourage CF members who may not be coming forward, because the current OTSSCs are in highly visible locations on base, to seek the help they need earlier than they otherwise might have. From my perspective, one of the most worrying findings of this investigation is that there are several members who served on OP APOLLO who recognize that they need assistance with a potential OSI, but refuse to access that help because they do not have faith the system will protect them.

371 I am particularly concerned that, in an era where recruitment and retention is an issue, valuable and productive CF members are still being unnecessarily lost. Many see OSI as a one-way ticket out of the CF. Heavy operational and training commitments, combined with limited resources, not only create stress, but further alienate peers from members who are perceived not to be pulling their

weight. The Minister of National Defence recently commented on the risks of overtasking military personnel and their families. He noted that some members will simply quit if this issue is not addressed.

372 In my view, DND/CF must be as proactive and dynamic as possible in dealing with OSIs, and I am pleased to note that DND/CF is far more progressive in its approach to OSI issues than some of the other military organizations I have contacted. Nevertheless, I am somewhat concerned that unless we tackle OSIs aggressively on all fronts, there is the potential that DND/CF, and individual CF members, will become immersed in very expensive and time-consuming litigation, as we have seen in the United Kingdom.

373 The onerous demands we make on our soldiers, sailors, airmen and airwomen became even clearer to me during my visit in July to CF members deployed on OP APOLLO. I met with CF soldiers in Kandahar, and Air Force and Navy personnel in the Gulf. We ask these members to make extraordinary sacrifices on our behalf. Tragically, four soldiers made the ultimate sacrifice.

374 DND/CF health care professionals tell us that incidents of OSI will arise from OP APOLLO. How many remains to be seen. DND/CF owes these members, and all other members who have sustained an OSI, the best care that can be provided, in a culture that is supportive and accepting. I believe this report shows that DND/CF is making considerable strides in several important areas to achieve that goal. Progress in other areas has been slow. There is still much to be done.

375 On a final note, I want to reassure members of the DND/CF community that I have not closed the book on the way in which OSIs are treated by our military. On the contrary, I believe that my Office's work on PTSD has resulted in important momentum that needs to be sustained and built on. Our work, coupled with the fact that DND/CF has maintained that more time is necessary to properly assess the CF's renewed undertakings in regard to OSIs, dictates a more lasting scrutiny from the Office of the Ombudsman. As a result, BGen (Retired) Joe Sharpe has kindly agreed to continue to serve as Special Advisor to the Ombudsman on OSI. BGen Sharpe is a well-respected retired officer who has acquired much expertise in this area and has been very helpful in our investigations of these issues. Accordingly, he has agreed to provide me with regular updates and his assessment of the situation. I intend to report at least annually on the continuing commitment of DND/CF to improve the way it treats its members who suffer from OSIs.

Appendix: List of abbreviations and acronyms

ADM (HR-Mil)	Assistant Deputy Minister (Human Resources — Military)
Asst ECS	Assistant Environmental Chiefs of Staffs
BGen	Brigadier-General
CANFORGEN	Canadian Forces General Message
CDS	Chief of the Defence Staff
CF	Canadian Forces
CFB	Canadian Forces Base
CFCWO	Canadian Forces Chief Warrant Officer
CFHIS	Canadian Forces Health Information System
CFMG	Canadian Forces Medical Group
CFMGHQ	Canadian Forces Medical Group Headquarters
CFPSA	Canadian Forces Personnel Support Agency
CFRETS	Canadian Forces Recruiting, Education and Training System
Chap Gen	Chaplain General
CIS	Critical Incident Stress
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
CMIS	Career Manager Information System
CO	Commanding Officer
COS (HR-Mil)	Chief of Staff (Human Resources — Military)
COT	Compulsory Occupational Transfer
Cpl	Corporal
D Med Pol	Director Medical Policy
DAG	Departure Assistance Group
DAOD	Defence Administrative Orders and Directives
DCDS	Deputy Chief of the Defence Staff
DCSA	Director Casualty Support and Administration
DGMHRPP	Director General Military Human Resources Policy and Planning
DGHS	Director General Health Services
DGMC	Director General Military Careers
DMCARM	Director Military Careers Administration and Resource Management

DND	Department of National Defence
DQOL	Director, Quality of Life
DTEP	Director Training and Education Policy
ECS	Environmental Chiefs of Staff
HCC	Health Care Co-ordinator
HSICF	Health Services Instruction for the Canadian Forces
LTD	Long Term Disability
LCol	Lieutenant-Colonel
LGen	Lieutenant-General
MFRC	Military Family Resource Centre
MOC	Military Occupation Code
MOD	Ministry of Defence
NCM	Non-Commissioned Member
NCO	Non-Commissioned Officer (now NCM)
NDHQ	National Defence Headquarters
NRD	Naval Reserve Division
OP APOLLO	Operation Apollo
OP PALLADIUM	Operation Palladium
OSI	Operational Stress Injuries
OSISS	Operational Stress Injury Social Support
OT	Occupational Transfer
OTSSC	Operational Trauma and Stress Support Centre
PCRI	Primary Care Renewal Initiative
PERSTEMPO	Personnel Tempo
PSO	Personnel Selection Officer
PTSD	post traumatic stress disorder
QOL	Quality of Life
SAV	Staff Assistance Visits
SC	Steering Committee
SORT	Special Ombudsman Response Team
SPHL	Service Personnel Holding List
Surg Gen	Surgeon General
TSC	Treatment Standardization Committee
VAC	Veterans Affairs Canada
VOT	Voluntary Occupational Transfer

Ombudsman

Défense nationale et Forces canadiennes

National Defence and Canadian Forces

Rapport de suivi

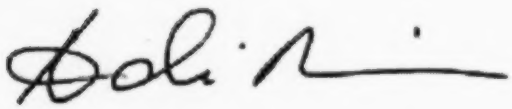
Examen des mesures du MDN et des FC relatives aux traumatismes liés au stress opérationnel

André Marin
Ombudsman

Canada

Décembre 2002

Lorsque j'ai publié mon rapport spécial, *Traitement systémique des membres des FC atteints du SSPT*, j'ai promis de réévaluer la situation neuf mois plus tard. Ce rapport, remis au ministre de la Défense nationale neuf mois jour pour jour après le premier rapport, fait suite à cet engagement.



André Marin
Ombudsman
Défense nationale et des Forces canadiennes

Équipe d'enquête

Directeur de l'équipe d'intervention spéciale de l'Ombudsman (EISO) et chef enquêteur

Gareth Jones

Conseiller spécial sur le syndrome de stress post-traumatique auprès de l'Ombudsman

Brigadier-général (à la retraite) Joe Sharpe

Enquêteurs de l'Ombudsman

Brigitte Bernier

George Dowler

Liz Hoffman

Bob Howard

Guy Parent

Table des matières

Sommaire i

Introduction 1

Processus d'enquête 3

Analyse de la réaction des FC 7

Recommandation 1 7
Recommandation 2 10
Recommandation 3 13
Recommandation 4 16
Recommandation 5 19
Recommandation 6 22
Recommandation 7 24
Recommandation 8 26
Recommandation 9 29
Recommandation 10 31
Recommandation 11 34
Recommandation 12 37
Recommandation 13 40
Recommandation 14 42
Recommandation 15 45
Recommandation 16 48
Recommandation 17 51
Recommandation 18 53
Recommandation 19 57
Recommandation 20 61
Recommandation 21 63
Recommandation 22 65
Recommandation 23 69
Recommandation 24 71
Recommandation 25 73
Recommandation 26 75
Recommandation 27 80
Recommandation 28 83
Recommandation 29 86
Recommandation 30 89
Recommandation 31 94

Défis 101

Ressources 101

Fossé grandissant entre la chaîne de commandement opérationnelle et les fournisseurs de soins 104
Équité 105

Conclusion 107

Annexe : Liste des abréviations et acronymes 111

Sommaire

1 Dans l'ensemble, depuis la publication de mon rapport en février 2002, les Forces canadiennes (FC) ont déployé des efforts pour mettre en œuvre un certain nombre d'initiatives visant à régler le problème des traumatismes liés au stress opérationnel (TSO). Prises ensemble, ces initiatives finiront par améliorer le bien-être des hommes et des femmes qui sont les combattants des FC. Un nombre considérable de ces initiatives font suite aux recommandations que j'ai formulées dans mon rapport initial. Je suis aussi heureux qu'on ait accéléré la mise en œuvre d'initiatives qui avaient déjà été lancées avant la publication de mon rapport.

2 Je reconnais que, dans une organisation aussi importante que le ministère de la Défense nationale (MDN), les changements peuvent mettre beaucoup de temps à entrer en vigueur. En fait, je prévoyais que plusieurs des changements que j'ai recommandés seraient mis en œuvre dans un délai beaucoup plus long que neuf mois. Cependant, neuf mois constituent une longue période, et ce délai est plus que suffisant pour effectuer des changements importants. Le présent rapport vise à évaluer les progrès réalisés par les FC au chapitre de la mise en œuvre des recommandations.

Meilleures procédures concernant le déploiement

3 Au cours de cette enquête, mes enquêteurs et moi-même avons constaté que le degré de sensibilisation à l'égard des traumatismes liés au stress dans les FC était beaucoup plus élevé. Par exemple, lorsque les membres des Rotations 9 et 10 de l'OP PALLADIUM ont été déployés en Bosnie en 2001 et en 2002, on a commencé à observer un meilleur soutien psychologique du groupement tactique, particulièrement de la part des membres du personnel de la base des Forces canadiennes (BFC) de Valcartier. La décision de déployer un groupe du Bataillon canadien en Afghanistan pour contribuer à la lutte au terrorisme a aussi permis aux FC de prouver leur volonté d'aborder de plusieurs façons la question de la réduction du stress durant les opérations et le redéploiement : période de décompression à Guam, réintégration graduelle des membres dans leur famille, etc. Même si le succès de ces initiatives doit être davantage examiné avant d'être confirmé, il ne fait aucun doute que, jusqu'à maintenant, la plupart des membres des FC et leur famille voient ces mesures d'un œil très positif.

Examen par les FC de la formation et de la sensibilisation en matière de TSO

4 Lorsque j'ai rédigé les recommandations du premier rapport, je les ai délibérément formulées de telle sorte que, tout en cernant un problème et ses grandes solutions, elles donnaient aux FC une latitude considérable pour créer des solutions pratiques qui permettraient d'obtenir les résultats souhaités. Je crois que cette approche a porté fruit particulièrement en ce qui concerne mes recommandations sur la formation et la sensibilisation. Après la publication de mon rapport, les FC ont commandé un examen complet de l'état actuel de la formation et de la sensibilisation en ce qui a trait aux TSO dans les FC. Cet examen, qui a été effectué en quatre mois, s'est terminé en septembre 2002 et a permis de formuler 25 recommandations qui reflétaient celles que nous avions déjà effectuées. Je crois comprendre que les FC mettront en œuvre ces recommandations.

Conférence à l'intention des travailleurs sociaux

5 J'ai également appris avec plaisir que, conformément à ma recommandation, une séance de formation qui comprenait un segment sur le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) a été tenue à l'intention des travailleurs sociaux des FC. Je recommande vivement que cet exercice soit répété annuellement.

Succès du programme de Soutien social aux victimes de stress opérationnel

6 Autre note positive : le projet de Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO) remporte un franc succès. Dans le cadre de ce projet, des pairs conseillent et soutiennent des membres des FC qui souffrent peut-être de TSO, et une formation et des informations sur les TSO sont fournies aux membres des FC et à d'autres personnes. Ce succès est attribuable non seulement au dévouement du personnel, mais également au soutien qu'il a reçu des échelons les plus élevés de la chaîne de commandement,

particulièrement du sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires) (SMA [RH-Mil]). Les FC méritent des éloges pour cette initiative, et j'encourage l'organisation à affecter au programme de SSVSO les ressources dont il a besoin pour offrir un maximum de possibilités.

Les attitudes négatives prédominent

7 Malheureusement, très peu de progrès a été réalisé dans un certain nombre de secteurs importants. Par exemple, dans le secteur critique du changement culturel, l'attitude primordiale des pairs demeure grandement négative. En raison de la pénurie des ressources et de la lourde charge de travail, il sera difficile de modifier les attitudes et d'améliorer l'acceptation des membres qui souffrent de TSO. En général, les unités ne manifestent pas d'intérêt à l'égard de la formation qui, à mon avis, contribuera à modifier la culture axée sur l'ostracisme et la stigmatisation qui m'a semblé si évidente au cours de mon enquête initiale.

Nécessité d'une coordination efficace

8 L'une des recommandations clés que j'ai formulées est la suivante : les FC devraient créer le poste de coordonnateur des problèmes liés aux SSPT, dont le titulaire relèverait directement du Chef d'état-major de la Défense (CEMD). Cela permettrait de coordonner les nombreux intérêts et organismes disparates des FC qui contribuent à la façon dont les Forces composent avec les problèmes liés aux TSO. Par exemple, l'Armée, la Marine et la Force aérienne (les chaînes de commandement environnementales), l'organisation responsable du déploiement (le sous-chef d'état-major de la Défense [SCEMD]), le régime des soins de santé et les systèmes de formation et d'éducation relèvent tous de différentes chaînes de commandement. J'ai vivement encouragé les FC à adopter une approche holistique pour s'attaquer à ces problèmes complexes; c'est pourquoi j'ai recommandé la création d'un poste de coordonnateur des problèmes liés au SSPT relevant directement du Chef d'état-major de la Défense (CEMD). Tout en reconnaissant la nécessité urgente d'une coordination, les FC voulaient aborder cette question à l'aide des cadres existants.

9 Au cours de mes discussions avec de hauts fonctionnaires de la santé du MDN et des FC, j'ai remarqué qu'on était réticent à

s'attaquer de front au problème des TSO, pour la raison suivante : il existe au sein de l'organisation de nombreux problèmes de santé graves qui doivent tous être réglés rapidement, et il serait injuste pour ceux qui souffrent d'autres maladies de mettre l'accent sur un problème en particulier. Permettez-moi de ne pas être d'accord avec cet énoncé. Ce qui est injuste, c'est d'accorder à chaque problème la même importance, sans égard à la gravité des conséquences qu'il a sur les victimes. Avec une telle attitude, les TSO ne recevront pas l'attention qu'ils méritent. À mon avis, en raison des traitements inadéquats qu'ont toujours reçus les victimes de TSO, ce problème se démarque des autres défis auxquels font face les hauts fonctionnaires de la santé. Par conséquent, il mérite une attention particulière.

10 Après la publication de mon rapport en février 2002, j'ai réitéré à plusieurs reprises ma recommandation de créer le poste de coordonnateur des problèmes liés au SSTP relevant du CEMD. Ainsi, le CEMD a créé le poste de Conseillère spéciale du Chef d'état-major de la Défense TSO, qui sera sous sa responsabilité directe. Le SMA (RH-Mil) a créé le Comité sur le traumatisme lié au stress opérationnel (CTSO), chargé de rassembler tous les intervenants des FC autour de la même table.

11 Il est prématuré de tirer des conclusions finales à propos de l'efficacité de ce système. Cependant, il est à noter que le Comité sur le TSO n'a tenu que deux rencontres depuis sa création et que la Conseillère spéciale, qui assume d'autres fonctions importantes, doit se pencher davantage sur ces questions, même si elle a indiqué qu'elle avait l'intention d'aller sur le terrain pour étudier directement ce qui s'y passe.

12 Certes, on doit encore coordonner de façon efficace les mesures d'intervention des FC en matière de TSO. La communication permanente et la collaboration entre les organismes et les membres du personnel qui partagent la responsabilité de fournir des soins sont toujours déficientes. À certains endroits, on fait fi des possibilités de thérapie par le travail sous forme de mutations professionnelles parce qu'on ne comprend pas bien la Liste des effectifs du personnel non disponible (LEPND). Par conséquent, on a raté des occasions de thérapie par le travail dans des endroits où des postes devaient être comblés.

Réticence à l'égard de l'accès au traitement

13 De nombreux membres des FC sont encore réticents à parler de leurs problèmes et à demander un traitement, et, dans certains secteurs, le traitement est difficilement accessible. Je suis particulièrement déçu par le manque d'efforts déployés pour lancer un projet pilote qui vise à déménager un Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) à l'extérieur de la base. Cette recommandation a pour but de fournir un choix aux nombreux membres qui refusent de demander un traitement ou qui tardent à le faire parce que les CSTSO sont situés dans des endroits trop visibles dans les bases. Les FC ont entrepris d'examiner en détail cette recommandation afin de créer un projet pilote, et je crois comprendre que leur analyse ne sera pas terminée avant mars 2003. La nécessité d'établir un CSTSO à l'extérieur des bases est toujours aussi urgente que lorsque mon premier rapport a été publié. Selon mon enquête, il est toujours évident que la grande majorité des membres des FC et un nombre considérable de fournisseurs de soins appuient cette idée. Nous avons appris avec inquiétude que plusieurs membres des FC qui sont récemment revenus de l'Afghanistan voulaient obtenir de l'aide, mais refusaient de demander un traitement au CSTSO en raison de la stigmatisation dont ils seraient victimes si on les apercevait à cet endroit, et des préoccupations qu'ils éprouvaient à propos de la confidentialité de leur dossier médical. La nécessité de lancer un projet pilote est donc d'autant plus urgente, et je suis déçu et préoccupé par l'absence de progrès à cet égard.

14 J'ai appris que, à la suite d'une demande du Quartier général de la Défense nationale, des fonctionnaires du CSTSO ont déclaré sans ambages que, si un patient exprimait le désir de recevoir un traitement à l'extérieur d'une clinique militaire, le CSTSO se ferait un plaisir de les diriger vers des ressources de la communauté civile. Cependant, cela ne règle pas le problème de ceux qui préfèrent se tenir loin des cliniques militaires en raison de la stigmatisation dont sont victimes les militaires qui souffrent de TSO. Or, la raison pour laquelle le CSTSO devrait être situé à l'extérieur de la base est la suivante : une clinique externe inciterait davantage les patients à recevoir un traitement sans craindre d'être considérés comme des soldats fragiles.

Nécessité d'une meilleure collecte de données

15 Je suis préoccupé par l'absence de progrès réalisé au chapitre de la collecte de statistiques auprès des CSTSO et par les mesures rudimentaires prises par les FC pour s'assurer que leurs politiques et leurs pratiques reposent sur des statistiques solides. Les CSTSO ne disposent d'aucune base de données électroniques internes et doivent recueillir des statistiques manuellement, un processus inutilement long.

Besoins en soutien des unités

16 Je suis déçu par le fait que, en règle générale, les unités ne communiquent pas régulièrement avec des membres de la LEPND, et qu'elles ne respectent pas les exigences locales et nationales des FC à cet égard. En outre, la situation des Réservistes ne s'améliore pas assez rapidement.

Perte de membres précieux

17 Je suis aussi préoccupé par le fait que les FC continuent de perdre des membres précieux et entraînés en raison des règles strictes et complexes concernant le reclassement des militaires qui souffrent d'un TSO. Cette situation est particulièrement préoccupante à la lumière des récents rapports selon lesquels les FC continuent d'être victimes d'une pénurie de personnel qualifié. Il s'agit certes d'un problème complexe, mais on doit déployer davantage d'efforts pour s'assurer que les militaires chevronnés, qualifiés et compétents demeurent au sein des FC. On doit aussi accorder plus d'attention au problème de l'épuisement professionnel des fournisseurs de soins. Un trop grand nombre de personnes dévouées deviennent elles-mêmes des victimes.

18 Même si le Comité sur le TSO entreprend actuellement l'élaboration de « stratégies de communication visant à transmettre le message » à propos des reclassements, je ne crois pas que le problème est simplement attribuable à un manque de compréhension. À ce jour, un trop grand nombre de soldats sont

simplement libérés en raison d'un processus de reclassement beaucoup trop complexe.

19 Dans son rapport adressé à la Chambre des communes et publié en avril 2002, la Vérificatrice générale du Canada a mis l'accent sur la nécessité de recruter et de maintenir en poste les membres des FC afin qu'ils puissent combler les pénuries existantes. Dans mon rapport initial, j'ai souligné le fait que les FC finiront par économiser les ressources considérables qu'elles consacrent actuellement au recrutement et au maintien en poste si elles peuvent conserver les militaires chevronnés qui souffrent d'un TSO. Pour ce faire, les FC doivent mettre continuellement l'accent sur un traitement de premier plan à l'intention des militaires qui ont le courage de parler de leurs problèmes. Elles devront aussi créer une culture qui incitera les militaires souffrant de TSO à demander un traitement sans craindre d'être expulsés des FC. Je crains aussi que, compte tenu de l'expérience d'autres armées, les FC ne fassent de plus en plus l'objet de poursuites extrêmement coûteuses intentées par des militaires qui croient que leur employeur s'est montré négligent en ce qui concerne leur TSO.

Engagement des dirigeants

20 J'estime qu'il est encourageant que les dirigeants des FC se soient engagés à fournir les ressources nécessaires qui permettront à l'organisation d'agir avec diligence pour aider les militaires qui souffrent d'un TSO. Deux jours après la publication de mon premier rapport sur ce sujet, j'ai été appelé à témoigner devant le Comité permanent de la Défense nationale et des anciens combattants (CPDNAC). Ce jour-là, le CPDNAC a aussi entendu les dirigeants des FC, notamment le SMA (RH-Mil), qui ont déclaré que le MDN et les FC « s'engagent à fournir les ressources nécessaires dont nous avons besoin pour nous attaquer à ce problème. »

21 Dans l'ensemble, mes enquêteurs ont heureusement pressenti que les cadres supérieurs de l'organisation sont déterminés à s'attaquer à ce problème, et on observe certains progrès tangibles. Cependant, il ne faut pas sous-estimer les difficultés associées au changement des mentalités ancrées et de la culture sur le terrain sans pression immédiate et constante. À mon avis, la situation peut être comparée à un malaise cardiaque : le cœur bat avec régularité (le solide soutien de la haute direction), mais le sang éprouve de la difficulté à se rendre aux extrémités (la culture sur le terrain). Dans le cas présent, la bureaucratie se compare aux artères

bouchées qui causent le ralentissement et les obstructions. Plus on retarde le déblocage des artères et la mise en œuvre de certaines améliorations, plus il sera difficile de régler les problèmes qui s'incrustent.

Introduction

22 Le 5 février 2002, j'ai publié un rapport adressé au ministre de la Défense nationale sur le traitement systémique des membres des FC souffrant du SSPT. Mon rapport mettait l'accent sur le traitement, par les FC, du caporal (cpl) Christian McEachern, jeune soldat et ancien membre du 1er bataillon de la Princess Patricia's Canadian Light Infantry (PPCLI) à qui on a diagnostiqué un SSPT durant l'automne de 1997 et qui a été libéré des FC en juillet 2001. À mesure que progressait l'enquête sur son traitement, il est devenu évident qu'un certain nombre de questions soulevées par sa plainte étaient de nature systémique.

23 Le rapport a conclu que les plaintes du cpl McEachern étaient justifiées. Comme dans le cas de nombreux membres des FC qui souffrent de TSO, notamment du SSPT, le cpl McEachern a été stigmatisé et isolé de son unité sans le soutien de ses pairs, qui auraient pu lui venir en aide. Le rapport présentait 31 recommandations visant à aider les FC à améliorer la façon dont elles composent avec les traumatismes liés au stress. Les FC ont accepté toutes ces recommandations, en partie ou en totalité.

24 Reconnaissant l'importance de cette question, je me suis engagé à publier, dans un délai de neuf mois, un rapport de suivi sur les efforts déployés par l'organisation pour améliorer le bien-être de ses membres atteints du SSPT et d'autres traumatismes liés au stress opérationnel. Ce rapport, remis au ministre de la Défense nationale neuf mois jour pour jour après le premier rapport, fait suite à cet engagement et reflète les progrès réalisés par l'organisation. Mes enquêteurs ont examiné à leur tour chacune des recommandations, cerné les mesures des FC qui font suite à ces recommandations, et évalué l'évolution et les résultats de leur mise en œuvre.

25 Durant cette enquête de suivi, on a soulevé des préoccupations à propos de l'utilisation du terme « syndrome de stress post-traumatique » ou SSPT. Plusieurs personnes, y compris des fournisseurs de soins professionnels, des membres du personnel, des familles et des membres de la chaîne de commandement, estimaient que le terme SSPT est trop spécifique et qu'il n'évoque pas toute la gamme des problèmes liés au stress. En raison de l'utilisation exclusive du terme SSPT, nombreux sont ceux qui avaient l'impression qu'à moins d'avoir reçu un diagnostic de SSPT, une personne ne pouvait souffrir d'un traumatisme lié au stress. Le terme « traumatisme lié au stress opérationnel » est couramment utilisé par nombre des groupes que nous avons consultés, et les FC ont adopté ce terme en réaction aux recommandations du premier

rapport. Pour éviter toute confusion, j'ai donc adopté le terme traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) dans mon rapport.

Processus d'enquête

26 J'ai affecté cette enquête de suivi à l'Équipe d'intervention spéciale de l'Ombudsman (EISO), dirigée par Gareth Jones. L'EISO était chargée de l'enquête initiale sur le traitement par les FC des militaires souffrant de SSPT. Dans l'ensemble, une équipe formée d'enquêteurs dévoués et responsables a effectué cette enquête et rédigé le rapport de suivi. L'enquête principale a été effectuée par M. Jones, le brigadier-général (bgén) (à la retraite), Joe Sharpe (mon conseiller spécial en matière de SSPT) et l'agente d'enquête Brigitte Bernier. Certains enquêteurs de l'Ombudsman établis un peu partout au pays, notamment George Dowler, à Halifax, Liz Hoffman et Bob Howard, à Winnipeg, et Guy Parent, à Ottawa, ont aussi consacré du temps et de l'énergie à l'enquête et ont soumis des idées.

27 L'équipe d'enquêteurs a interrogé et consulté environ 300 personnes à Comox, Esquimalt, Edmonton, Winnipeg, Shilo, Trenton, North Bay, Valcartier, Québec, Halifax, Sydney, Debert, Shearwater, Gagetown et Ottawa. Parmi les personnes interrogées, mentionnons :

28 • un échantillon représentatif de commandants, de commandants de base, de hauts militaires du rang (MR) et de membres d'unités sur le terrain situés à Valcartier, Winnipeg, Shilo, Halifax, Gagetown et Edmonton;

29 • des membres de la direction et du personnel des Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) situés à Halifax, Valcartier, Edmonton et Esquimalt;

30 • des militaires hauts gradés des Services de santé des FC et du Quartier général du Groupe médical des FC (QG GMFC), notamment : le Directeur général – Services de santé (DGS San), le chef du service de santé (CSS), le sous-chef d'état-major – Prestation des soins de santé, le Directeur – Politiques et normes de travail social, le Directeur – Soutien aux blessés et administration (DSBA);

31 • les cadres supérieurs du Quartier général de la Défense nationale (QGDN), y compris les adjoints spéciaux du SMA (RH-Mil);

32 • la Conseillère spéciale du CEMD (TSO) et le Conseiller spécial adjoint du CEMD (TSO);

33 • le personnel des Centres de ressources pour les familles des militaires (CRFM) situés partout au Canada;

34 • le personnel du Soutien social aux victimes de stress opérationnel (SSVSO);

35 • les employés des Anciens Combattants Canada (ACC);

36 • la Légion royale canadienne;

37 • les agents de la Police militaire;

38 • des militaires et anciens militaires chez qui on a diagnostiqué un SSPT et, dans certains cas, les membres de leur famille;

39 • le commandant et le commandant adjoint du Secteur de l'Ouest de la Force terrestre;

40 • les travailleurs sociaux civils et militaires des FC, des omnipraticiens, des médecins-chefs de la base, des infirmières spécialisées en santé mentale, des psychologues et d'autres fournisseurs de soins; et

41 • des soldats, des marins et des pilotes déployés dans le cadre de l'OP APOLLO, dans le golfe Persique et à Kandahar.

42 En septembre 2002, j'ai rencontré des hauts fonctionnaires du ministère de la Défense du Royaume-Uni, de la Marine royale, du Régiment royal des Fusiliers marins, de New Scotland Yard et des Forces de défense irlandaises afin de déterminer comment d'autres organismes militaires et paramilitaires étrangers abordaient les problèmes liés au TSO.

43 L'équipe d'enquêteurs a obtenu et examiné un grand nombre de documents, y compris le procès-verbal des réunions du Comité sur le TSO, le mandat de divers comités et particuliers (y compris la Conseillère spéciale du CEMD [TSO]), ainsi que des renseignements statistiques et budgétaires des CSTSO. Elle a examiné l'évaluation des besoins en formation et en information sur les TSO préparée par le Directeur – Politique d'instruction et d'éducation (DPIE) en réaction à mon rapport initial, ainsi que le plan d'action préparé par le SMA (RH-Mil) en réaction à mes recommandations.

44 Même si certains militaires hauts gradés ont sourcillé et remis en question le rôle qu'a tenu mon Bureau dans l'enquête de suivi sur la mise en œuvre de mes recommandations, l'équipe d'enquêteurs a apprécié la collaboration exemplaire du MDN et des FC, tant sur le terrain qu'au QGDN. J'aimerais remercier tous ceux qui ont aidé mes enquêteurs de leur diligence et de leur dévouement, puisqu'ils

nous ont permis d'obtenir les informations dont nous avions besoin pour veiller à ce que cette enquête soit la plus complète et objective possible.

45 Mes enquêteurs ont examiné chacune des 31 recommandations du rapport avant d'entreprendre le processus d'entrevues et de collecte d'information. Ils ont sollicité et obtenu la contribution des employés des FC, qui leur ont fait part de la façon dont l'organisation abordait la mise en œuvre de chaque recommandation et mettait à jour ces informations au cours des dernières semaines précédant la mise au point de l'analyse. Ils ont ensuite tenté de découvrir comment cette approche fonctionnait sur le terrain et évalué les résultats de leurs recherches. Nous présentons de façon distincte les résultats de chaque recommandation formulée dans le premier rapport.

46 La réaction au rapport sur le traitement systémique des membres des FC souffrant de SSPT a été stupéfiante. Nous avons reçu des centaines de télécopies, de courriels et d'appels téléphoniques de la part de gens qui souhaitaient partager leur expérience et indiquer qu'ils appréciaient l'attention accordée à ce grave et important problème. Pour reprendre les termes d'un caporal-chef, fantassin et patient atteint du SSPT, le rapport « contient des solutions audacieuses et fondées sur de bonnes intentions, que l'armée peut mettre en œuvre. » Un travailleur social chevronné, qui formulait des commentaires sur le premier rapport, a déclaré ce qui suit : « En lisant ce rapport, j'avais l'impression de lire les histoires de nombre de mes clients. »

47 Nous espérons que le rapport suivant présente avec précision la façon dont les FC relèvent le défi qui consiste à améliorer le bien-être de leurs membres et leur efficacité opérationnelle.

Analyse de la réaction des FC

48 Peu après la publication de notre rapport, le SMA (RH-Mil) a créé un tableau qui résume la réaction des FC à nos recommandations. Dans l'examen de chaque recommandation, j'ai inclus la réaction des FC qui figure dans ce tableau.

Recommandation 1

49 Les Forces canadiennes développent une base de données qui reflète exactement le nombre de membres des FC, de la Force régulière comme de la Force de Réserve, qui souffrent de maux causés par le stress.

Réaction des FC

50 On soutient cette recommandation et on y donnera suite. En attendant la mise en œuvre du Système d'information sur la santé des FC (SISFC), le DGS San créera et tiendra à jour une base de données sur les membres des FC qui souffrent d'un traumatisme lié au stress opérationnel (TSO) à l'aide d'un processus manuel de présentation de rapports. On élaborera la méthode précise de saisie des données et la façon dont ces dernières seront signalées, recueillies et analysées, et on prévoit la mettre en œuvre le 1er avril 2002. Ces rapports se poursuivront jusqu'à la mise en place du SISFC. Le processus manuel de présentation des rapports sur les TSO a été lancé, et plus de la moitié des 35 bases qui ont fait l'objet de l'enquête ont réagi à la recommandation.

Analyse

51 Selon toute logique, il faut de solides données pour déterminer la fréquence des TSO dans les FC. Comme l'a si bien résumé un membre du personnel des CSTSO, « La collecte des données est essentielle, au chapitre tant de la prévention que du traitement. » Cette collecte est aussi nécessaire à la détermination des ressources requises pour régler les problèmes liés aux TSO. En outre, on doit disposer de statistiques complètes afin de lutter contre de nombreuses idées fausses qui ont toujours cours à propos de la fréquence et de la gravité des traumatismes liés au stress. Les

statistiques serviront aussi aux activités de recherche planifiées par le DGS San. Le SISFC est un système de gestion d'information fondé sur un logiciel qui vaut des millions de dollars et qui devrait permettre la tenue entièrement automatisée des dossiers médicaux des membres des FC. Ce système aura des capacités impressionnantes une fois qu'il sera opérationnel. Cependant, on a éprouvé des problèmes au cours de son élaboration, ce qui a retardé la date de sa mise en œuvre. Selon le DGS San, le système ne sera pas fonctionnel avant au moins deux ans.

52 Les employés du DGS San ont informé mes enquêteurs que, en attendant que le SISFC automatisé soit opérationnel, ils ont commencé à recueillir manuellement des statistiques sur les TSO auprès des installations de soins de santé des FC. Ce processus, qui a débuté en mai 2002, comprend la collecte de données sur les membres de la Force de Réserve et les militaires retraités qui ont été vus en consultation dans une clinique des FC. Ces statistiques sont recueillies non pas directement auprès des CSTSO ou des Unités de santé mentale, mais plutôt auprès des gestionnaires de cliniques de 35 bases situées partout au Canada. Chaque mois, les gestionnaires reçoivent un formulaire dans lequel ils doivent inscrire le nombre de membres des FC qui se classent dans les catégories suivantes : nouveaux cas présentant des symptômes de TSO; patients qu'on croit être atteints d'un TSO; patients qui reçoivent un traitement continuel pour un TSO; militaires réformés de retour au travail sans aucune restriction et militaires réformés qui font l'objet de restrictions, y compris ceux dont la libération a été recommandée pour des raisons médicales.

53 Comme on l'a mentionné sous la rubrique Réaction des FC, à ce jour, environ la moitié des bases ont réagi à la recommandation; selon le personnel du DGS San, la qualité des informations varie (de « extrêmement précises » à « vagues »). Le DGS San s'attend à ce que la qualité des données s'améliore à mesure que le personnel responsable de soumettre les informations se familiarisera avec les exigences. Les statistiques n'établissent pas de distinction entre les membres de la Force régulière et ceux de la Force de Réserve, même si on déploie des efforts pour améliorer le processus, notamment en réclamant les diagnostics réels et en obtenant la contribution des ACC.

54 Le cadre d'un CSTSO nous a fait part de ses préoccupations à propos de l'exactitude des chiffres qui sont transmis à Ottawa. Dans certains cas, il est possible que ces chiffres aient été mal calculés et peut-être même calculés en double. En fait, selon l'employé du DGS San qui collabore au processus de collecte et à

qui on a demandé de fournir le nombre de membres des FC qui souffrent d'un TSO, il existe actuellement un « facteur arbitraire » de plus ou moins 10 %. Le personnel du SMA (RH-Mil) était au courant des possibilités d'un dédoublement des rapports, et des statistiques ne pourront être communiquées avant que ce problème ne soit corrigé. En outre, comme les CSTSO n'ont actuellement pas accès aux données, ces dernières leur sont « inutiles », selon un professionnel en santé mentale haut gradé du MDN. Heureusement, les chiffres sont transmis à la Conseillère spéciale du CEMD (TSO).

55 D'après la grande majorité des employés des CSTSO à qui nous avons parlé, l'accès à des statistiques à jour est très important. Dans plusieurs des CSTSO que les enquêteurs ont visités, très peu de progrès (voire aucun) ont été réalisés en vue de l'élaboration d'une base de données électroniques interne permettant la collecte de statistiques. Toutes les informations statistiques, notamment sur le nombre de patients, les diagnostics, l'âge, le sexe, les éléments, etc., doivent être extraites manuellement des dossiers des patients, ce qui représente, selon l'employé d'un CSTSO, un processus souvent frustrant et chronophage pour des cadres et des employés de bureau déjà surchargés. Il n'existe aucun mécanisme qui permet aux CSTSO d'échanger rapidement et facilement des informations. On a observé une grande frustration de la part des gestionnaires et des fournisseurs de soins, qui ne disposent pas des outils statistiques dont ils estiment avoir besoin.

56 La rapidité initiale avec laquelle le concept de CSTSO a été mis en œuvre a empêché l'adoption précoce d'une approche efficace à l'égard de l'élaboration d'une base de données. Malheureusement, le projet de SISFC automatisé s'est enlisé dans la bureaucratie, et aucune date précise de la mise en service du système n'a été établie.

Conclusion

57 Les hauts gradés du Ministère demeurent entièrement déterminés à mettre en œuvre le SISFC. En attendant l'introduction de ce système, les FC ont commencé à recueillir manuellement des statistiques sur les TSO. Cependant, ce processus de collecte en est à ses tout débuts, et les employés du DGS San reconnaissent que le système est en évolution et qu'il est loin d'être parfait. Il était décevant pour les enquêteurs de constater que les CSTSO ne disposent toujours pas d'une base de données électronique qui fournisse un accès facile aux statistiques actuelles.

Recommandation 2

58 Les Forces canadiennes développent une base de données sur les suicides parmi ses membres actuels et anciens.

Réaction des FC

59 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite; on lancera un nouveau projet visant à mettre en œuvre cette recommandation dans la plus grande mesure possible. Le DSBA tient à jour une base de données sur les suicides des militaires actifs (c.-à-d. les Réservistes et les membres de la Force régulière qui sont appelés). À moins d'être signalée volontairement aux FC, la cause du décès d'un ancien militaire n'est ni connue, ni consignée. Lorsqu'ils sont connus, les suicides des anciens militaires ou des Réservistes qui ne sont pas en service seront consignés, et ces informations seront tenues à jour par le DSBA. Le MDN collaborera avec les ACC pour établir des procédures conjointes permettant d'aborder cette question. Une réunion avec les ACC, qui a été planifiée pour le 24 septembre [2002], devait permettre d'élaborer un cadre de travail et un échéancier à cet égard; cependant, des contraintes de temps ont empêché la tenue de discussions approfondies. Le DSBA et le Directeur (ACC) des services des FC, des ACC, doivent se rencontrer le 4 octobre pour explorer davantage cette question.

Analyse

60 Dans le rapport initial, je faisais remarquer que les statistiques sur les suicides et les tentatives de suicide pouvaient fournir aux FC d'importantes informations à propos des problèmes liés au SSPT. Les enquêteurs ont entendu des anecdotes à propos d'un certain nombre de militaires et d'anciens militaires qui avaient été déployés et qui s'étaient suicidés. Des données brutes sur les suicides peuvent fournir des renseignements précieux, notamment sur leurs liens avec des déploiements ou unités spécifiques, sur lesquels les FC pourraient mettre l'accent lorsqu'elles évaluent l'approche qu'elles doivent adopter pour régler les problèmes liés aux TSO.

61 DSBA ne produit pas directement ces statistiques. Ses employés ont indiqué qu'ils se fient à des rapports et renseignements de la Police militaire sur les pertes et les blessures très graves obtenus des unités et (ou) formations. En août 2002, une nouvelle méthode de présentation des données sur les suicides a été mise en œuvre; les informations des bases de données existantes ont été combinées afin d'être plus exactes et à jour. Le DSBA recueille des données pour cette nouvelle base de données depuis environ deux mois, mais, jusqu'à maintenant, on ne dispose d'aucune donnée de sortie. Le DSBA reçoit de la Police militaire et des travailleurs sociaux des données sur chacun des suicides signalés dans les FC, et nous croyons comprendre que ces statistiques peuvent être fournies rapidement sur demande. En outre, les enquêteurs ont appris que le nombre de suicides signalés dans les FC s'élève en moyenne à 12 par année, et que le taux de suicides, une fois normalisé selon l'âge et le sexe, est moins élevé que celui de la population canadienne en général.

62 Si le DSBA reçoit un avis de décès qui n'indique pas la cause du décès, il le transmet au travailleur social principal du DSBA afin qu'on effectue une enquête. À ce moment-là, le DSBA ne prend aucune mesure officielle concernant les données, et les rapports réguliers générés par le Centre ne portent pas sur les suicides.

63 Comme je l'ai mentionné dans le premier rapport, les anciens militaires et les membres de la Réserve qui se suicident ne font l'objet d'aucun suivi, à moins qu'ils ne s'enlèvent la vie pendant qu'ils sont en service actif.

64 Aucun mécanisme ne permet de recueillir auprès des médecins légistes ou médecins-examinateurs provinciaux des statistiques sur les suicides commis par des Réservistes ou d'anciens militaires qui ne sont plus en service. On nous a informés qu'il serait difficile de mettre en place un processus efficace et efficient permettant de réaliser cet objectif. Cependant, on nous a récemment avisés du fait que le DSBA rencontrera bientôt des représentants des ACC afin de discuter de l'élaboration de procédures qui permettront de recueillir des données sur le suicide commis par d'anciens militaires qui reçoivent une pension.

Conclusion

65 On a réalisé des progrès en vue de la mise en œuvre de cette recommandation en ce qui concerne les membres actifs des FC. Ces dernières devraient poursuivre leurs efforts visant à tenir à jour une base de données exactes sur les suicides et les tentatives de

suicide. Ces informations pourraient permettre de cerner certaines tendances et de déterminer rapidement les problèmes éventuels.

66 La capacité d'obtenir rapidement des informations exactes sur les suicides commis par des Réservistes qui ne sont pas en service et des militaires retraités est limitée, puisque les FC n'assurent pas un suivi actif de ces militaires. J'apprécie les efforts qui sont déployés pour établir des moyens de recueillir toutes les données accessibles, particulièrement sur les anciens militaires, grâce à des ententes conclues avec les ACC.

Recommandation 3

67 Les Forces canadiennes mènent une enquête indépendante et confidentielle sur la santé mentale qui couvrira à la fois les anciens membres, ainsi que les membres actifs de la Force régulière et de la Force de Réserve.

Réaction des FC

68 On soutient pleinement cette recommandation et on y a déjà donné suite en partie. Le DGS San a demandé à Statistique Canada de mener, en même temps qu'une enquête sur la santé mentale des Canadiens, une enquête sur la santé mentale des membres actifs de la Force régulière et de la Force de Réserve. Cependant, le DGS San n'a pas le mandat d'enquêter sur les membres retraités des FC. Le MDN collaborera avec les ACC afin d'établir des procédures conjointes permettant d'aborder cette question. Le DSBA doit communiquer avec les ACC et déterminer s'il peut effectuer une enquête sur la santé mentale des anciens combattants. Le DGS San doit fournir régulièrement à l'Ombudsman les mises à jour sur l'évolution de l'enquête sur la santé mentale.

69 L'enquête en question a débuté en mai 2002, et on prévoit que la collecte des données se terminera en décembre 2002. Déjà, en septembre 2002, plus de la moitié des données sur la Force régulière et la Force de Réserve étaient complètes. On observe des taux de réponse plus élevés que prévu. En outre, des discussions préliminaires se sont tenues avec les ACC, et l'enquête sur la santé mentale des anciens combattants figurait à l'ordre du jour de la réunion de la fin septembre 2002; cependant, ce point a été reporté en raison du grand nombre de questions qui ont été débattues durant la réunion.

Analyse

70 J'ai formulé cette recommandation afin de m'assurer que des statistiques exactes étaient rapidement accessibles aux FC et qu'on

déployait des efforts suffisants pour aborder les problèmes de santé mentale en général et les traumatismes liés au stress en particulier.

71 Les représentants de mon Bureau ont régulièrement assisté à des réunions du Comité directeur FC/Statistique Canada de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes chargé de superviser la mise en œuvre de cette enquête. Cette dernière évolue bien et semble produire de bonnes données. L'échantillon prévu est de 5 000 militaires de la Force régulière et de 3 000 membres de la Force de Réserve. Au 30 septembre 2002, on avait reçu 3 911 réponses complètes des membres de la Force régulière et 3 049 de la Force de Réserve, ce qui représente 64 % et 78 % de l'échantillon total, un excellent taux de réponse. On prévoit avoir terminé la collecte des données sur le terrain à la mi-décembre 2002 et traiter ces données en mai 2003.

72 Un certain nombre d'employés sur le terrain ont parlé du sondage à mes enquêteurs, et même s'ils ont mentionné le temps requis pour remplir les formulaires, leur réaction générale était très positive. L'inclusion des Réservistes dans le sondage a été particulièrement bien accueillie.

73 Je crois comprendre que les anciens militaires ne feront pas partie de l'enquête. Comme je l'ai fait remarquer dans mon rapport initial, les militaires qui souffrent d'un TSO indiquent fréquemment une autre raison lorsqu'ils demandent une libération. Je crois qu'il est important de tenter de quantifier les anciens militaires qui souffrent d'un TSO afin que l'on puisse obtenir un portrait complet de l'impact véritable de ces traumatismes dans les FC. Même si on considère que les anciens militaires relèvent des ACC, les FC auraient incontestablement intérêt à recueillir des informations sur les TSO auprès de ces soldats, particulièrement ceux qui ont été déployés au cours des dix dernières années. Le fait que les anciens militaires ne sont pas visés par l'enquête de Statistique Canada et des FC pourrait éventuellement limiter la mesure dans laquelle les FC peuvent comparer avec exactitude les chiffres sur la fréquence des TSO obtenus à l'aide de l'enquête générale des FC aux chiffres accessibles concernant d'autres armées ou la population canadienne en général. Par exemple, il semble que les autorités américaines aient publié des données qui révèlent que les anciens combattants du Vietnam qui se sont suicidés seraient plus nombreux que ceux qui ont été tués au combat. Même si les statistiques des ACC concernant les anciens militaires qui soumettent une demande de pension en raison d'un TSO sont utiles à cet égard, elles ne fournissent pas toutes les informations requises ni le degré de précision des données qui découleront

vraisemblablement de l'enquête de Statistique Canada et des FC sur les militaires actuellement en service.

Conclusion

74 L'enquête évolue bien et fait l'objet d'un excellent soutien de la part du MDN, des FC et de Statistique Canada, ainsi que d'une étroite collaboration entre ces organismes. Je prévois que le MDN et les FC trouveront les résultats très utiles pour relever le défi continuel que présentent les TSO. Cependant, les données sur la santé mentale des FC continueront d'être caractérisées par d'importantes lacunes, à moins que les militaires retraités de la Force régulière et de la Force de Réserve ne fassent partie des enquêtes.

Recommandation 4

75 Les Forces canadiennes examinent plus en détail la question de la thérapie par le travail pour ceux qui sont placés sur la LEPND, en vue de créer des politiques et des procédures pour gérer équitablement la situation des membres inscrits sur la LEPND et qui reçoivent une rémunération secondaire d'emploi dans le cadre d'un programme de thérapie.

Réaction des FC

76 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite – on améliorera bientôt les politiques relatives à la thérapie par le travail. On est tout à fait d'accord avec le principe d'offrir aux militaires qui souffrent d'un TSO un emploi pour la réadaptation ou pour faciliter leur réintégration; toutefois, une telle politique devrait être conforme aux pratiques de l'industrie. De nombreux employeurs ont recours aux régimes d'assurance invalidité de longue durée (AILD), qui offrent des précédents utiles à cet égard. Les politiques relatives à l'AILD prévoient souvent des périodes de travail aux fins de réadaptation. Cependant, comme les militaires qui figurent sur la LEPND continuent de recevoir 100 % du revenu qu'ils touchaient avant leur invalidité, leur emploi de réadaptation ne devrait pas, conformément aux normes de l'industrie, leur fournir un revenu supplémentaire. En vertu du paragraphe 117*b*) de la *Loi sur la Défense nationale*, un militaire commet une infraction s'il accepte, outre sa solde, une rétribution pour l'accomplissement de son devoir. Si un militaire qui figure sur la LEPND remplit des fonctions à l'extérieur des FC pour des raisons de réadaptation, il commet une infraction s'il accepte une rémunération pour ce travail. Un examen des règlements relatifs à la LEPND sera effectué, et la question de la thérapie par le travail, notamment celle du revenu provenant d'une source secondaire à l'extérieur des FC, sera mieux définie, communiquée et incluse dans la Directive et ordonnance administratives de la Défense [DOAD] relative à la LEPND. La DOAD modifiée est maintenant prête, et son examen par le personnel est presque

terminé. Il reste beaucoup de chemin à parcourir avant de mettre la dernière main aux politiques/processus nationaux relatifs aux débouchés d'emplois civils offerts aux membres de la LEPND.

Analyse

77 Cette recommandation résulte de la crainte que des emplois valables, que de nombreux professionnels de la santé considèrent comme extrêmement bénéfiques pour ceux qui se remettent d'un SSPT, ne soient pas accessibles à un grand nombre de militaires blessés. On reconnaît que la rémunération relative à ces postes est problématique; cependant, les avantages sont si considérables qu'un examen de la politique a été jugé pertinent.

78 Les FC sont en train de préparer une DOAD concernant les membres de la LEPND. La version préliminaire de la DOAD concernant la LEPND prévoit qu'un membre ne peut occuper un poste civil à temps plein ou à temps partiel durant ses heures de travail planifiées, à moins que cet emploi ne fasse partie d'un programme de réadaptation professionnelle et qu'il ne lui ait été affecté par son commandant. En outre, cette version préliminaire précise qu'un membre dont le nom est inscrit sur la LEPND n'est pas autorisé à accepter une rémunération pour un emploi civil qui fait partie d'une réadaptation professionnelle.

79 Au cours de sa réunion la plus récente, le Comité sur le TSO a discuté de la thérapie par le travail et de la question du revenu secondaire des membres de la LEPND. Malgré le travail actif sur la version révisée de la DOAD, sa publication n'est prévue qu'en 2003. Un exemplaire de la version préliminaire de la DOAD, qui portait sur les questions liées à la LEPND, m'a été transmis en mars 2002, et j'ai soumis mes observations au SMA (RH-Mil) le 2 mai 2002.

80 Si l'on se fie au grand nombre de commentaires et d'observations que nous avons recueillis, nombre des règlements qui régissent la thérapie par le travail des membres de la LEPND ne sont ni simples à comprendre ni faciles à appliquer d'une façon équitable. Même si nous pouvons tirer des leçons des expériences de l'industrie, la situation des membres des FC qui figurent sur la LEPND est différente, puisque cette dernière a été créée en partie pour faciliter la transition vers la vie civile en plus de fournir une thérapie par le travail. Il est indéniable que nombre des personnes qui sont censées utiliser le système de façon judicieuse ne comprennent pas cet aspect de la LEPND. Pour reprendre les

termes de l'épouse d'un militaire, « La LEPND est une farce. Les personnes atteintes du SSPT sont renvoyées chez elles pendant un an. Mon mari est devenu encore plus déprimé. »

81 La question globale de l'équité de la LEPND continue d'être un problème. Elle suscite de graves préoccupations en raison de la politique des ACC, qui prévoit le versement d'une pension d'invalidité à un membre des FC avant sa libération. À l'occasion, un militaire à qui on a diagnostiqué un TSO peut toucher une prestation d'invalidité ou un autre revenu de trois sources distinctes – la solde normale qu'il touche en tant que membre des FC, une pension d'invalidité des ACC et un revenu d'emploi civil. Cela peut créer beaucoup de ressentiment contre les membres de la LEPND, particulièrement de la part de leurs collègues de travail, puisque leur absence peut avoir pour résultat d'augmenter la charge de travail des autres membres de l'unité.

Conclusion

82 La thérapie par le travail est un aspect important de la LEPND. Pour qu'elle soit efficace, son importance doit être bien comprise par tous (membres de la LEPND, chaîne de commandement, personnel médical et groupes de pairs). Ce n'est pas le cas à l'heure actuelle, comme l'illustre la déclaration suivante formulée récemment par un agent médical : « Je travaille pour réadapter ces gens, je leur donne le bénéfice du doute [...] Les FC sont en train de devenir un gros organisme de bienfaisance. Pendant combien de temps emploierons-nous ces gens? » Il ne fait aucun doute que les FC ne constituent pas un organisme de bienfaisance, et l'obligation d'aider les militaires qui ont été blessés pendant qu'ils servaient leur pays à effectuer une transition vers une vie civile productive n'est pas comparable à une industrie normale. Je suis heureux de constater que les FC s'attaquent au problème; cependant, il reste beaucoup de chemin à parcourir. J'ai hâte d'examiner la prochaine version de la DOAD concernant l'administration de la LEPND.

Recommandation 5

83 Les Forces canadiennes lancent un programme qui permettra à toutes les unités de recevoir une formation d'approche sur le SSPT, formation qui sera dispensée par les CSTSO.

Réaction des FC

84 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite. Tous les CSTSO exécutent dans les bases satellites des programmes de sensibilisation destinés à quatre groupes cibles : 1) les fournisseurs de soins de santé (y compris les coordonnateurs de l'intervention immédiate des CRFM); 2) les aumôniers; 3) les membres de la chaîne de commandement; et 4) les membres en service. On augmentera la fréquence et l'ampleur des programmes à mesure qu'on embauchera des employés supplémentaires dans les divers centres.

85 On est en train de régler les problèmes de dotation en personnel des CSTSO, ce qui permettra aux employés de mieux exercer leurs activités de sensibilisation. Les CSTSO ont reçu des instructions à propos du type et de la fréquence des programmes de sensibilisation. Les récentes visites d'aide d'état-major (VAEM) effectuées par l'Équipe de santé mentale du Rx 2000 permettront de confirmer la mise en place de programmes de sensibilisation.

Analyse

86 Dans mon rapport initial, je faisais remarquer que l'éducation et la formation étaient essentielles à la création d'une culture qui inciterait les militaires à demander un traitement rapidement, et que les CSTSO devaient jouer un rôle crucial dans ce processus. J'estimais que les unités ne recevaient pas une formation suffisante sur les TSO. Les activités de sensibilisation des employés des CSTSO au sein des unités constituent un moyen très efficace de sensibiliser les membres des FC aux réalités liées aux TSO et de dissiper certains des mythes qui se sont créés à cet égard.

87 Aucun programme à l'échelle des FC ne vise à fournir aux unités une formation de sensibilisation. Les unités ne sont pas obligées de demander une telle formation, et les CSTSO ne sont pas tenus de la fournir, même si les activités de sensibilisation sont considérées comme l'une des fonctions clés des CSTSO. Les enquêteurs ont rencontré des employés de plusieurs CSTSO dans le cadre de leur enquête de suivi. Certains employés des CSTSO ont demandé une formation de sensibilisation à l'intention des unités opérationnelles et des unités hiérarchiques, mais la fréquence des demandes semble varier considérablement d'un endroit à l'autre. Un cadre supérieur d'un CSTSO estime que, durant le seul mois de septembre 2002, on lui a demandé à cinq à sept reprises de donner aux unités des renseignements sur les TSO. Selon lui, il s'agit d'une tendance à la hausse. Il a ajouté que « le seul moyen de sensibiliser les cadres intermédiaires », dont la contribution à la modification de la culture des FC est essentielle, est de présenter des exposés à des groupes de MR hauts gradés et d'officiers de rang intermédiaire. Un autre employé d'un CSTSO a présenté, jusqu'à maintenant cette année, cinq exposés à des unités de la Force régulière et de la Force de Réserve des FC, ainsi que de nombreux exposés à des organismes non militaires comme les ACC et une association professionnelle. Le CSTSO s'est fixé un objectif louable : « Sensibiliser tous les militaires actifs et les unités de Réservistes ainsi que les professionnels associés aux membres des FC et nos partenaires comme les ACC. »

88 Malheureusement, dans un autre CSTSO, les enquêteurs ont appris que les unités opérationnelles n'avaient tout simplement pas demandé aux employés du Centre de fournir cette formation. Comme l'a mentionné un psychiatre du CSTSO, « la demande est très peu élevée ». Dans un autre secteur, certains programmes de sensibilisation ont été exécutés, mais ils étaient surtout destinés aux fournisseurs de soins, aux employés des ACC et aux universitaires, même si des séances d'information ont été tenues dans deux petites stations.

89 Récemment, des membres d'un CSTSO, du programme de SSVSO et d'une chaîne de commandement locale se sont adressés à environ 150 membres du personnel médical durant une conférence sur le stress des militaires, qui a eu lieu dans un hôpital de Saint John (Nouveau-Brunswick). Selon des sources indépendantes, cette séance a remporté un franc succès, réussissant non seulement à améliorer la sensibilisation à l'égard des TSO, mais aussi à sensibiliser la population civile en général à la charge de travail extrêmement lourde à laquelle sont confrontés les militaires. Voilà des nouvelles encourageantes.

Conclusion

90 Rien ne prouve que les FC ont mis sur pied un programme qui permet à toutes les unités de recevoir, par l'entremise des CSTSO, une formation qui aura pour résultat de les sensibiliser au SSPT. Nous espérions que le nombre de programmes de formation exécutés par les CSTSO augmenterait considérablement, en particulier dans les unités sur le terrain. Rien ne prouve que tel est le cas.

91 Les CSTSO semblent tenir des séances de formation et de sensibilisation en réaction à des demandes spécifiques. Les unités sur le terrain de certains secteurs ne semblent pas demander de telles séances – ce qui est particulièrement préoccupant puisque ces unités sont probablement celles qui ont le plus besoin d'être sensibilisées.

92 Il semble que les diverses chaînes de commandement ne tentent pas de coordonner l'exécution de programmes de formation et de sensibilisation à l'échelle des FC. La responsabilité de la formation ne devrait pas uniquement relever des CSTSO. À mon avis, cette responsabilité relève aussi des unités sur le terrain, qui doivent demander une formation (ce qui ne semble pas être le cas dans certains secteurs) et des chaînes de commandement des FC, qui doivent coordonner les efforts afin de s'assurer que toutes les unités reçoivent une formation.

Recommandation 6

93 Les CSTSO sont financés à un niveau qui leur assure les ressources suffisantes pour fournir une formation d'approche de haute qualité aux unités qui en font la demande.

Réaction des FC

94 On soutient cette recommandation et on y a pleinement donné suite, afin qu'elle soit conforme aux exigences des FC. Les CSTSO disposent de ressources suffisantes pour exécuter de façon proactive, conformément à la ligne directrice établie durant la réunion des directeurs des CSTSO tenue en novembre 2001, des programmes de sensibilisation, et pour réagir aux demandes de séances supplémentaires formulées par les unités. Si la demande en séances de sensibilisation augmente, les besoins en ressources seront cernés, et le financement accordé à l'aide du processus existant de planification des activités.

Analyse

95 Selon des cadres qui œuvrent pour le DGS San, on attribue davantage de ressources aux CSTSO. Le budget actuel des cinq CSTSO s'élève à 2,4 millions de dollars. Toutefois, on ne connaît pas la quantité de ressources qui sont consacrées à la formation et à la sensibilisation.

96 En fait, mes enquêteurs n'ont pas constaté que les CSTSO disposent de ressources suffisantes pour fournir dans tous les cas des séances de sensibilisation de qualité. Par exemple, un CSTSO, dont le budget opérationnel s'élève à plus de 846 000 $, a affecté au total 35 000 $ à un programme de sensibilisation destiné à une population de plus de 10 000 membres des FC dispersés dans 11 bases situées dans quatre provinces et deux territoires. Comme l'a fait remarquer un cadre supérieur, « On ne peut pas faire de miracle avec 35 000 $. » Le gestionnaire d'un autre CSTSO estimait que de six à sept pour cent du budget approximatif de 400 000 $ du Centre est consacré à des activités de sensibilisation.

97 Dans les CSTSO que nous avons visités, nous n'avons recueilli aucune preuve d'embauche d'employés supplémentaires chargés d'assumer des fonctions spécifiques de sensibilisation, même si, dans au moins un CSTSO, les activités de sensibilisation ont augmenté au cours des neuf derniers mois. Dans un autre CSTSO, deux travailleurs sociaux qui possèdent une vaste expérience en clinique, qui ont été dûment formés et qui connaissent bien les militaires, étaient disposés à collaborer à une initiative de sensibilisation, mais les obstacles administratifs qui ont surgi durant le processus d'embauche ont empêché la réalisation de ce projet.

98 Pour être honnête, si les CSTSO n'exercent pas d'activités de sensibilisation, c'est en partie parce que, dans certains secteurs, ils ont reçu peu de demandes de sensibilisation (voire aucune) de la part des unités. Cette situation, combinée à la lourde charge de travail et au changement organisationnel des CSTSO, a engendré d'autres priorités. Comme l'a déclaré l'employé d'un CSTSO, « Nous devons rendre visite aux unités. Nous devons les sensibiliser. Mais ici, c'est vraiment la pagaille, et nous n'avons pas eu le temps de nous consacrer à cette tâche. »

99 Tous les gens à qui nous avons parlé étaient d'accord sur un point : les CSTSO devraient être financés pour exécuter le plus grand nombre possible de programmes de sensibilisation. Dans certains secteurs, les unités ne demandent pas de formation, même si tout le monde pourrait en tirer profit.

Conclusion

100 Presque tout le monde s'entend pour dire que les programmes de sensibilisation des CSTSO destinés aux unités constituent une bonne chose. À l'heure actuelle, les activités de sensibilisation sont exercées de manière ponctuelle et, à certains endroits, doivent faire concurrence à d'autres priorités. Les FC devraient fournir un personnel et un financement suffisants le plus tôt possible afin de s'assurer que les CSTSO exercent les activités de formation requises, peu importe les autres priorités.

Recommandation 7

101 Les objectifs d'éducation et de formation spécifiques et détaillés sur le SSPT soient inscrits dans les programmes d'études de tous les établissements d'éducation et de formation des Forces canadiennes, et que les critères de mesure de performance de ces organismes reflètent ces objectifs.

Réaction des FC

102 On soutient pleinement cette recommandation qui sera mise en œuvre à court terme. Conformément aux normes du Système de formation et d'éducation des FC, on établira, au plus tard le 15 août 2002 et conformément au Système d'instruction individuelle et d'éducation des FC, les exigences à l'échelle des FC concernant la formation et la sensibilisation en matière de SSPT, afin de déterminer quelles compétences ou connaissances sont essentielles, qui en a besoin, à quel moment et comment elles seront transmises.

Analyse

103 Peu après la publication de mon rapport sur le traitement systémique des membres des FC qui souffrent du SSPT, le DPIE a pris plusieurs mesures en réaction aux recommandations sur la formation et la sensibilisation. Le DPIE a procédé à un examen approfondi de tous les programmes de formation et de sensibilisation relatifs aux TSO exécutés par les FC. Un Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO, formé d'intervenants de la communauté des soins de santé et de la formation des FC, de commandants d'armée et de membres du SSVSO, a été créé et a tenu sa première réunion le 6 mai 2002.

104 L'examen du DPIE s'est terminé en septembre 2002 et a entraîné 25 recommandations. Parmi les recommandations clés, mentionnons : les FC doivent s'assurer que le programme de formation « détermine de façon appropriée les besoins en compétences et connaissances relatives aux TSO », et que les plans de formation et les normes de qualification comprennent une formation et une sensibilisation « continuelles et progressives » à

propos des TSO tout au long du cycle de formation. L'examen a aussi mis l'accent sur l'importance de donner une formation appropriée sur les TSO aux commandants en particulier et aux chefs de file en général. Il présente les lacunes du système actuel, précisant que la formation actuelle des officiers et des MR n'offre pas les « outils pratiques » permettant d'aborder les questions liées aux TSO.

105 Le DPIE a formulé entre autres les recommandations suivantes concernant les TSO liés au déploiement : les Secteurs de la Force terrestre devraient évaluer leurs pratiques exemplaires mutuelles, les FC devraient faire participer des anciens combattants chevronnés à la formation et à la sensibilisation des chefs de file, utiliser des ressources en santé mentale sur place et mettre l'accent sur la formation durant le processus de réintégration.

106 Le Comité sur le TSO a discuté de la mise en œuvre de ces recommandations au cours de sa deuxième réunion qui a eu lieu le 1er octobre 2002. Je crois comprendre que les recommandations ont été acceptées en principe, et que des plans visant à les mettre en œuvre seront élaborés. Dans le cadre de ce processus, le Comité sur le TSO a reformé le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO.

Conclusion

107 L'examen du DPIE fournit une analyse et un aperçu complets et constructifs de l'état actuel de la formation et de la sensibilisation relatives aux TSO au sein des FC. Il reconnaît les faiblesses soulignées dans le premier rapport et estime qu'on doit s'y attaquer. Il fait la promotion de mesures qui, si elles sont mises en œuvre par les FC, contribueront grandement à la réalisation des objectifs de mes recommandations relatives à l'information et à la sensibilisation, y compris la présente recommandation. L'indicateur clé du sérieux avec lequel les FC sont disposées à s'attaquer à ces problèmes sera la quantité de ressources consacrées à la mise en œuvre de l'examen du DPIE.

Recommandation 8

108 Les unités des Forces canadiennes soient mandatées pour fournir, à tous leurs membres et à intervalles réguliers, une formation sur le SSPT, en plus de la formation liée au déploiement.

Réaction des FC

109 On soutient pleinement cette recommandation qui sera mise en œuvre à court terme. Conformément aux normes du Système de formation et d'éducation des FC, on établira, au plus tard le 15 août 2002, les exigences à l'échelle des FC relatives à la formation et à la sensibilisation en ce qui concerne le SSPT, afin de déterminer quelles compétences ou connaissances sont essentielles, qui en a besoin, à quel moment et comment elles seront transmises.

Analyse

110 La formation continue est la clé du changement des cultures. Dans le cadre de son examen, le DPIE a recommandé « d'utiliser le recyclage et le perfectionnement professionnel annuels des unités comme outils servant à sensibiliser le personnel à l'égard des TSO. » Je crois comprendre que le SMA (RH-Mil) a récemment autorisé une telle formation à l'échelle des FC. La stratégie initiale consistera à faire suivre le processus de formation sur les premiers soins des éléments de formation sur les TSO dans les cours de perfectionnement professionnel. La mise en œuvre complète de ce processus s'échelonnera vraisemblablement sur deux ans.

111 L'examen et les recommandations du DPIE sont particulièrement les bienvenus, puisque mes enquêteurs ont constaté, dans les secteurs qu'ils ont visités, que peu d'amélioration générale avait été apportée à la quantité de séances de formation continue destinées aux unités sur le terrain depuis la publication de mon rapport initial. Par exemple, très peu d'unités avec lesquelles nous avons communiqué avaient récemment organisé une formation sur les TSO. Selon un CSTSO, le Centre avait reçu très peu de demandes de séances de sensibilisation de la part des unités. Un échantillon représentatif des unités navales, y compris les navires de défense côtière, ont mentionné qu'on ne les avait pas enjoints d'inclure une

formation sur les TSO ou le stress dans les programmes de formation continue. Cependant, quelques unités ont inclus de leur propre initiative des séances de sensibilisation au stress et aux TSO dans leurs journées de perfectionnement professionnel. Le CSTSO local a présenté des exposés sur les TSO à plusieurs de ses séances de formation.

112 Lorsqu'on a donné une formation aux unités, comme celle qui a été fournie récemment au sein de la Direction générale de l'administration, à North Bay, les commentaires ont été généralement positifs. Dans un autre cas, un membre nous a dit que les FC devraient « utiliser un modèle analogue à celui que les chefs de file comprennent déjà : il faut se méfier des TSO au même titre que des engelures, des pieds de tranchées et des pieds d'immersion – ils sont aussi dangereux que la balle d'un fusil. » Selon un professionnel de la santé, la formation continue sur les TSO contribuerait à réduire la stigmatisation des membres atteints d'un TSO et les mauvais traitements dont ils sont victimes. Comme l'a déclaré un officier supérieur de la Marine, « Nous devons former nos MR et nos officiers afin qu'ils puissent détecter le stress dont souffrent leurs soldats aussi facilement que les problèmes d'alcoolisme. »

113 La formation continue et la formation relative au déploiement relèvent principalement de la responsabilité de ceux qui mettent les forces sur pied. Dans de nombreux cas, les commandants ont déclaré qu'ils n'avaient tout simplement pas le temps d'inclure la sensibilisation aux TSO dans leurs programmes de formation, même si, paradoxalement, nombreux étaient ceux qui reconnaissaient l'importance d'une telle sensibilisation. Un officier supérieur nous a dit ce qui suit : « Nous savons que nous devrions le faire, mais nous n'avons ni le temps ni l'argent. »

114 Selon un autre officier supérieur, « La formation continue perturbe mon horaire de travail. » Peu importe le degré de soutien, le manque de temps constituait un problème que de nombreux employés sur le terrain ont soulevé.

Conclusion

115 La réaction des unités sur le terrain à cette recommandation est décevante, même si je suis encouragé par l'engagement de la chaîne de commandement à l'égard des conclusions de l'examen du DPIE. L'ajout d'un volet TSO à la formation sur les premiers soins est une excellente initiative. On devra se montrer strict

envers les unités, afin d'assurer un degré de formation continue satisfaisant au sein des FC.

116 Je reconnais qu'il est difficile de trouver du temps et des ressources pour la formation lorsque les ressources financières et humaines sont insuffisantes. Lorsqu'on doit prendre des décisions difficiles concernant la façon de dépenser l'argent de budgets de plus en plus serrés, il est facile d'éliminer des programmes de perfectionnement professionnel et des séances de formation qui ne sont peut-être pas considérés comme directement liés aux capacités opérationnelles. L'un des objectifs de la formation continue sur les TSO consiste à s'assurer que les troupes demeurent sensibilisées à la question. Il est à espérer que cette formation contribuera à réduire la stigmatisation associée aux TSO et que, à long terme, on réduira le degré et la fréquence des TSO aigus. Des avantages considérables pourraient en découler dans le secteur des coûts des soins de santé et du maintien de précieux effectifs formés et chevronnés.

Recommandation 9

117 Les Forces canadiennes fassent du SSPT un élément obligatoire de l'éducation et de la formation à tous les grades; et que l'éducation de tous les membres sur le SSPT devienne une priorité.

Réaction des FC

118 On soutient pleinement cette recommandation qui sera mise en œuvre à court terme. Conformément aux normes du Système de formation et d'éducation des FC, on établira, au plus tard le 15 août 2002, les exigences à l'échelle des FC relatives à la formation et à la sensibilisation en ce qui concerne le SSPT, afin de déterminer quelles compétences ou connaissances sont essentielles, qui en a besoin, à quel moment et comment elles seront transmises.

Analyse

119 Dans le cadre de son examen, le DPIE souligne une stratégie visant à améliorer la sensibilisation des membres à l'égard des TSO, en faisant de la sensibilisation aux TSO une partie intégrante de tous les niveaux de formation des chefs de file. Il est d'accord avec mes conclusions selon lesquelles la sensibilisation des chefs de file est l'une des premières étapes du remplacement de la culture des FC par une culture qui, comme il le fait remarquer, « favorise davantage l'acceptation de la légitimité des TSO et qui fait en sorte que les chefs de file se sentent habilités à aider leurs subalternes à préserver leur santé mentale. »

120 L'examen confirme aussi que les recrues et les aspirants officiers ont aussi besoin d'une formation sur les TSO, en particulier sur les techniques de maîtrise du stress et la façon de reconnaître les signes et symptômes qui permettent de déceler qu'on souffre soi-même ou qu'un autre souffre d'un TSO. Si elle est entièrement mise en œuvre, la stratégie du DPIE permettrait aux militaires de tous les échelons de recevoir une formation complète sur les TSO tout au long de leur carrière.

Conclusion

121 L'introduction précoce de programmes de formation et de sensibilisation axés sur les traumatismes liés au stress demeure le moyen le plus efficace de favoriser le changement de la culture dans ce domaine. Il reste beaucoup de chemin à parcourir pour s'assurer que cette recommandation soit mise en œuvre de façon efficace. Par conséquent, il est encourageant de constater que, dès la réunion du Comité sur le TSO, qui a eu lieu le 1er octobre 2002, les FC ont pris la décision d'intégrer la formation sur les TSO dans leurs programmes de formation sur les premiers soins destinés à tous les militaires.

122 Les FC ont pris la première mesure visant à modifier leur approche à l'égard de la formation et de la sensibilisation dans le domaine des TSO, en formant le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO et en mettant en œuvre les recommandations de l'examen du DPIE. Encore une fois, le succès de ces initiatives dépendra en grande partie des ressources qui lui seront attribuées et de la volonté continuelle des échelons de commandement d'assurer le succès des nouveaux programmes et des nouvelles initiatives.

Recommandation 10

123 Le Bureau du coordonnateur pour les problèmes du SSPT joue un rôle central dans le processus d'éducation et de formation en agissant comme ressource et conseiller pour les bases, les formations et les commandements.

Réaction des FC

124 On soutient pleinement cette recommandation. Les FC reconnaissent la nécessité de coordonner tous les aspects du traitement fructueux du SSPT (sensibilisation, formation, soins de santé mentale et physique, bien-être spirituel, rémunération et avantages, etc.). Toutes ces questions relèvent de la responsabilité du SMA (RH-Mil). (Voir la recommandation 31)

Analyse

125 La raison de cette recommandation est la suivante : la formation et la sensibilisation relèvent de l'ensemble des FC, et cette question exige une coordination entre les commandants d'armée, le sous-chef d'état-major de la Défense (SCEMD), les employés du réseau de la santé des FC, et ceux de la formation et de la sensibilisation, entre autres. Les FC ont formé le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO, chargé de contribuer au processus d'examen du DPIE. Ce groupe était composé de 25 membres de 16 organisations différentes, y compris les employés du DGS San, des chefs d'état-major de l'Armée de terre, de la Force aérienne et de la Marine, du Directeur général – Politiques et planification en ressources humaines militaires (DGPPRHM), du DSBA et de la Police militaire. Les différents intérêts et diverses responsabilités représentés prouvent incontestablement la nécessité d'adopter un mécanisme permettant d'assurer une coordination efficace entre les intervenants. Un petit groupe consultatif a aussi été créé. L'examen du DPIE révèle que, même si des progrès considérables ont été réalisés, particulièrement en ce qui concerne la formation sur les TSO liés au déploiement, il semble y avoir « un manque de [...] coordination entre les nombreux efforts différents déployés à l'échelle des FC pour sensibiliser le personnel aux TSO. »

126 La création des postes de Conseillère spéciale du CEMD (TSO) et de Conseiller spécial adjoint du CEMD (TSO) est une mesure positive au chapitre de la formation et de la sensibilisation. Cependant, l'ampleur des travaux est telle qu'il sera très difficile pour les titulaires d'assumer efficacement leur fonction à temps partiel. La responsabilité principale de la Conseillère spéciale du CEMD (TSO) est celle de DPIE. Il s'agit là d'une combinaison positive de fonctions, puisque la formation et la sensibilisation constituent la clé d'un changement de culture nécessaire. À l'heure actuelle, la création du Comité sur le TSO est aussi considérée comme une mesure positive, puisqu'elle fournit à la Conseillère spéciale du CEMD (TSO) une tribune où elle peut communiquer les questions liées aux TSO.

127 Nous n'avons trouvé aucune preuve confirmant que, à l'heure actuelle, la coordination à l'échelle nationale a des répercussions sur le terrain. En effet, la plupart des employés sur le terrain qui pouvaient être touchés par la création du poste de Conseillère spéciale du CEMD (TSO) n'étaient pas encore au courant de cette nomination.

128 Durant les entrevues sur le terrain, nous avons recueilli de nombreuses observations concernant des questions qui pouvaient relever de la responsabilité d'un coordonnateur central de la formation et de la sensibilisation. Par exemple, un coordonnateur du déploiement d'un CRFM qui a récemment participé à un cycle de déploiement/redéploiement a déclaré ce qui suit à mes enquêteurs : « Il n'existe aucune chaîne de responsabilité claire permettant de s'assurer que les diverses organisations collaborent ensemble. » Même s'il ne parlait pas directement de formation, un représentant du Régime d'assurance-revenu militaire a évoqué un thème courant pendant qu'il commentait le degré actuel de coordination et son impact sur les troupes : « Il n'y a pas une seule personne qui coordonne tout cela. »

Conclusion

129 La coordination des activités dans ce secteur constitue une énorme tâche. Les fonctions qui consistent à composer avec les TSO sur le plan médical et opérationnel, à relier entre elles les initiatives de formation et de sensibilisation et à communiquer avec les chaînes opérationnelles et les bureaucraties sont accablantes. L'examen du DPIE recommande que le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO poursuive ses travaux avec le mandat d'« assurer l'élaboration et la coordination de programmes

de formation et de sensibilisation en matière de TSO efficaces et fondés sur des données probantes et de jouer le rôle de point central en évaluant toutes les propositions de formation et de sensibilisation en matière de TSO. » L'examen révèle aussi que ces réunions devraient être tenues « régulièrement », et que les participants « devraient être habilités à prendre des décisions au nom de leur organisme ». J'appuie entièrement cette recommandation et l'analyse.

130 Je reconnais que le processus de coordination en est à ses tout débuts, et je suis impatient de voir le rôle central et important que jouera la Conseillère spéciale du CEMD (TSO) (qui présidera aussi le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO en tant que DPIE) dans la mise en œuvre des recommandations du DPIE. Cette question fait l'objet d'une analyse plus approfondie dans ma réaction à la recommandation 31.

Recommandation 11

131 Les Forces canadiennes incluent des membres actuels ou anciens, qui ont une expérience personnelle du SSPT, dans toutes les initiatives d'éducation et de formation dans ce domaine particulier.

Réaction des FC

132 On soutient entièrement cette recommandation. Au plus tard le 15 août 2002, l'exigence à l'échelle des FC concernant la formation et la sensibilisation relatives au SSPT (recommandations 7, 8 et 9) sera respectée. Cette activité permettra de recommander des méthodes permettant d'inclure, s'il y a lieu, des militaires ou d'anciens militaires qui ont l'expérience du SSPT dans tous les projets de formation et de sensibilisation relatives au SSPT. Le MDN collaborera avec les ACC pour établir des procédures conjointes permettant d'aborder cette question.

Analyse

133 Durant mon enquête initiale, il est devenu évident que l'un des moyens les plus crédibles et efficaces de fournir une formation sur les TSO était d'avoir recours à des membres et d'anciens membres des FC qui ont une expérience directe des opérations et des TSO. Je croyais qu'il était important que ces militaires participent dès le début à la création de projets de formation et de sensibilisation. Je prends note du fait que le SSVSO est représenté dans le Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO par son directeur de projet, le major (maj) Stéphane Grenier.

134 Dans les FC, tout le monde s'entend pour dire que la participation des militaires qui ont une expérience des TSO aux projets de formation et de sensibilisation peut contribuer de façon très positive à supprimer certaines des idées fausses concernant les traumatismes liés au stress. Dans son examen, le DPIE tire des conclusions semblables, faisant remarquer que des équipes multidisciplinaires, y compris des anciens combattants, devraient donner la formation. Il souligne que « La perspective des anciens combattants qui ont une expérience du TSO peut se révéler

particulièrement précieuse pour les commandants. » Un groupement d'artillerie nous a fourni un autre exemple de l'importance d'avoir recours à quelqu'un qui a déjà souffert de ce traumatisme. Les membres de l'unité ne croyaient pas vraiment au SSPT jusqu'à ce qu'« un des leurs » soit invité, durant un exercice de prédéploiement, à leur parler de sa propre expérience. À deux occasions, l'un de mes enquêteurs a assisté à une séance d'information offerte par une équipe combinée de membres du personnel médical et de militaires atteints du SSPT à des membres des FC. L'effet était impressionnant. Il s'agit là de puissants outils de formation et de sensibilisation, et ils devraient être utilisés le plus souvent possible.

135 La seule préoccupation importante qui a été exprimée est la suivante : on craint qu'un militaire souffrant d'un TSO qui cherche trop à aider les autres ne retarde sa propre guérison. De l'avis d'un psychiatre, une personne qui souffre du SSPT, même si elle est traitée, peut encore contracter un traumatisme secondaire et ne devrait pas participer à des travaux liés à son traumatisme. Espérons qu'on pourra réduire ce risque au minimum en surveillant étroitement et attentivement les pairs qui agissent à titre de formateurs et qui fournissent leur soutien, comme on le fait actuellement avec les participants au projet du SSVSO.

136 Le projet du SSVSO est la clé de la mise en œuvre de cette recommandation. Les quatre coordonnateurs pairs du SSVSO, qui sont tous des membres actuels ou anciens des FC possédant une expérience opérationnelle et une expérience directe du SSPT, ont chacun réalisé une moyenne de 12 projets de sensibilisation depuis que le SSVSO est devenu opérationnel en mars 2002. Les employés du SSVSO ont présenté des exposés à un large éventail de groupes, formés notamment de commandants, de militaires de haut rang, d'employés des ACC et de professionnels de la santé. Mon équipe d'enquêteurs a été témoin du succès que remportent les coordonnateurs pairs du SSVSO dans leurs activités de sensibilisation des membres des FC. Les commentaires des publics cibles se révèlent extrêmement positifs, même ceux des personnes qui étaient sceptiques à propos de la légitimité et de l'ampleur des TSO.

137 Le SSVSO s'engage à donner de l'ampleur à ses activités de formation et de sensibilisation, et a l'intention de créer une base de données sur les militaires actuels et les anciens militaires qui possèdent une expérience du SSPT et qui sont disposés et aptes à parler de leur expérience à des membres des FC et à d'autres personnes. Ils ne joueront pas le rôle de coordonnateur pair, mais contribueront au besoin aux programmes de formation et de

sensibilisation. Le SSVSO prévoit élaborer une séance d'information standard qui pourra être adaptée afin d'inclure l'expérience personnelle de chacun des conférenciers.

Conclusion

138 Je crois que la contribution, en tant qu'intervenants clés, des employés du SSVSO à l'élaboration du projet de formation et de sensibilisation est essentielle. Je suis heureux que les FC les fassent participer au processus ,et j'espère que le SSVSO jouera un rôle central dans l'élaboration d'une politique et de procédures concernant la formation et la sensibilisation.

139 L'expérience connue du lieutenant-général (à la retraite) Roméo Dallaire favorise le dialogue et l'amélioration des connaissances sur les TSO, et la publication de mon premier rapport a encouragé des gens à parler plus ouvertement de cette question. Cependant, les FC ne sont pas près de réaliser l'objectif qui consiste à reconnaître le TSO comme un grave traumatisme parmi tant d'autres. Une formation et une sensibilisation efficaces constituent la clé du changement d'une culture qui favorise la suspicion à l'égard des TSO et, à l'occasion, une hostilité ouverte. La nécessité de continuer à former des militaires à cet égard demeure, et elle exigera des ressources et de la persévérance. Il ne fait aucun doute que la participation de militaires actuels et d'anciens militaires qui souffrent d'un TSO constitue une approche très efficace.

Recommandation 12

140 Des équipes multidisciplinaires englobant toutes les spécialités professionnelles qui ont un rapport avec le diagnostic et le traitement du SSPT, incluant des soldats expérimentés, soient mises sur pied pour dispenser une formation sur le service d'approche. Afin d'augmenter son efficacité et d'assurer sa normalisation, une telle formation devrait être placée sous le contrôle du Bureau du coordonnateur pour les problèmes du SSPT.

Réaction des FC

141 Un examen sera effectué au plus tard le 30 juin 2002 afin de confirmer qu'une équipe multidisciplinaire de tous les CSTSO donne des séances de sensibilisation fondées sur un programme normalisé, et que des militaires en service expérimentés donnent ces séances dans la mesure du possible.

142 Remarque : Voir les recommandations 10 et 31 « Action » *vide* « coordonnateur pour le SSPT »

Analyse

143 Comme je l'ai expliqué dans mon analyse de la recommandation précédente, il ne fait aucun doute que l'approche la plus efficace à l'égard de la formation des membres des FC sur les TSO consiste à inclure des militaires expérimentés dans l'équipe multidisciplinaire. Même s'il n'appuyait pas la participation de militaires souffrant du SSPT à des travaux liés à ce traumatisme, un psychiatre a reconnu que des employés atteints de stress opérationnel seraient plus crédibles. Un haut militaire du rang résume bien l'attitude de bon nombre de militaires :

144 « Cette formation doit signifier quelque chose pour les gens qui la reçoivent, et les formateurs doivent être capables d'établir un lien avec des expériences de vie réelles. Par exemple, ils doivent employer des mots comme 'quand j'étais là' plutôt que 'lorsque j'étais en formation'. Des sous-officiers doivent enseigner à des sous-officiers, et des officiers à des officiers. »

145 Mes enquêteurs ont rencontré des employés de plusieurs CSTSO et ont longuement discuté avec le gestionnaire de projet du SSVSO. Les employés de ces deux organisations ont déclaré qu'ils commençaient à nouer de bonnes relations de travail entre eux. Presque tout le monde s'entendait pour dire qu'une collaboration en matière de sensibilisation et de formation est une bonne idée. Pourtant, ce principe ne trouve aucun écho dans la réalité. Comme je l'ai mentionné plus haut, cette situation est peut-être en partie attribuable au manque de ressources des CSTSO, qui, dans de nombreux cas, croulent sous une lourde charge de travail. En outre, le SSVSO se concentre toujours sur sa principale tâche, qui consiste à coordonner les services aux militaires qui ont besoin d'aide.

146 Cependant, comme le révèle l'analyse de la recommandation précédente, le SSVSO prévoit donner beaucoup plus d'ampleur à ses activités de sensibilisation. Récemment, l'employé d'un CSTSO, un membre du SSVSO et un commandant local ont donné une formation sur la même tribune. Par exemple, des membres d'un CSTSO et du SSVSO ont récemment présenté un exposé à une conférence sur le stress militaire, qui avait lieu dans un hôpital de Saint John (Nouveau-Brunswick). Voilà une excellente initiative. La rétroaction s'est révélée très positive, particulièrement à l'égard du membre du SSVSO, dont l'exposé a grandement touché de nombreux participants. Une militaire présente a confié à mes enquêteurs que, selon elle, les « expériences pratiques réelles » du conférencier du SSVSO constituent le moyen le plus efficace d'informer les membres des FC à propos des TSO.

147 L'examen du DPIE visait aussi à déterminer si les FC devraient employer des équipes multidisciplinaires pour dispenser une formation sur les TSO. L'auteur tire à peu près les mêmes conclusions que nous, recommandant que les FC

148

> « utilisent des équipes multidisciplinaires formées de représentants de la chaîne de commandement, de fournisseurs de soins de santé et (ou) d'anciens combattants et chargées de donner des séances de formation et de sensibilisation en matière de TSO appropriées à chaque population cible, et d'avoir recours à des anciens combattants qui souffrent d'un TSO lorsqu'elles forment et sensibilisent des commandants. »

Conclusion

149 Il ne fait aucun doute que les activités de sensibilisation exercées par des équipes multidisciplinaires risquent davantage d'avoir un impact sur les publics cibles. Tout tend à prouver que la collaboration entre les employés des CSTSO et d'autres employés qualifiés, en particulier ceux du SSVSO, constitue un moyen très efficace de sensibiliser les membres des FC aux réalités des TSO et de supprimer certains des mythes qui se sont créés à cet égard. L'élément clé est la crédibilité qu'ont, auprès des membres des FC, les anciens combattants qui souffrent d'un TSO et qui participent au processus de formation et de sensibilisation. J'approuve et j'appuie les efforts que déploie le SSVSO pour élargir ses activités de sensibilisation.

150 Comme je l'ai fait remarquer ailleurs, on doit coordonner de façon efficace la chaîne de commandement opérationnelle afin de s'assurer que la formation est continuellement accessible à toutes les unités sur le terrain partout au Canada, et qu'elle n'est pas dispensée uniquement sur demande.

Recommandation 13

151 Les Forces canadiennes allouent des ressources additionnelles pour accélérer le lancement des initiatives proposées pour l'éducation en santé mentale mises au point par l'Équipe de santé mentale du Rx 2000.

Réaction des FC

152 On soutient pleinement cette recommandation et on y a entièrement donné suite. On s'est engagé à fournir aux CSTSO les ressources supplémentaires dont ils ont besoin. Les employés des Centres analysent actuellement leurs besoins.

153 Le SMA (RH-Mil) a fourni un financement supplémentaire au DGS San afin d'aider les CSTSO à reporter l'excédent de fonds affectés à la QV [Qualité de vie] par les ACC. Ces fonds sont gérés par le SCEM-Prestation des soins de santé et servent à l'amélioration des programmes et services fournis par l'entremise des CSTSO.

Analyse

154 Cette recommandation visait à encourager les FC à assurer le suivi de leurs engagements relatifs au Rx 2000 : « Élaborer des trousses de sensibilisation à la santé mentale et des trousses de formation destinées aux profanes qui mettent l'accent sur le leadership. » Le gestionnaire de projet du Rx 2000 était membre du Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de TSO et, à ce titre, a contribué à la formulation des recommandations de l'examen du DPIE. Par conséquent, les objectifs du Rx 2000 seront vraisemblablement intégrés à la stratégie de formation et de sensibilisation des FC présentée dans les recommandations de l'examen du DPIE, selon lesquelles la communauté des services de santé des FC devrait jouer un rôle important dans la formation et la sensibilisation en matière de TSO.

155 Le financement supplémentaire mentionné dans la rubrique Réaction des FC, destiné à l'amélioration des services et totalisant environ 400 000 $, constitue certainement une étape positive et

révèle que les cadres supérieurs s'engagent à exiger des améliorations dans le domaine de la sensibilisation aux problèmes de santé mentale et aux TSO.

Conclusion

156 Le volet formation et sensibilisation en matière de santé mentale du Rx 2000 fait partie des projets généraux soulignés dans l'examen du DPIE. J'espère que la communauté des services de santé des FC recevra les ressources dont elle a besoin pour exercer les activités de formation et de sensibilisation en matière de TSO prévues dans l'examen du DPIE.

Recommandation 14

157 Les Forces canadiennes mettent en place un processus de dépistage normalisé qui inclura tous les spécialistes appropriés et qui sera sous le contrôle d'un seul point de contact.

Réaction des FC

158 On soutient pleinement cette recommandation, dont la mise en œuvre est déjà en cours. Les méthodes de dépistage des membres qui doivent être déployés/redéployés seront élaborées davantage dans le cadre de l'initiative de la Fréquence de déploiement du personnel afin d'inclure une orientation stratégique en ce qui concerne les examens relatifs à l'attribution des missions.

159 Un formulaire de dépistage normalisé est déjà en place pour toutes les opérations internationales dirigées par le SCEMD. Cependant, on est en train d'examiner la façon dont le dépistage est effectué. En janvier 2003, le DQV [Directeur – Qualité de vie] dirigera un échange des pratiques exemplaires relatives au dépistage et à la réintégration, dans le but de mettre la dernière main au dépistage au plus tard au printemps 2003. On utilisera les résultats pour établir un processus de dépistage uniforme.

Analyse

160 Cette recommandation découle d'une approche observée par mes enquêteurs durant leur enquête initiale, qui consiste à faire subir à l'aveuglette des examens de dépistage diversifiés aux troupes déployées. Le problème était particulièrement aigu chez les Réservistes et les renforts.

161 Le travailleur social principal des FC travaille actuellement au processus de dépistage, en rassemblant les préoccupations à cet égard, ainsi que les solutions possibles. Une version préliminaire des lignes directrices sur le processus de dépistage a été élaborée et sera débattue au cours de la réunion d'échange de pratiques exemplaires mentionnée ci-dessus, qui aura lien en janvier 2003.

On a formé un Comité clé et un Groupe de travail chargés de se pencher sur les problèmes liés au dépistage. Le Comité clé est formé de dix officiers supérieurs, qui travaillent notamment pour le Directeur général – Services de santé (DGS San), et de représentants de SMA (RH-Mil), de la Marine, de l'Armée de terre et de l'Armée de l'air.

162 Selon le DQV, le Groupe de travail sur la Fréquence de déploiement du personnel, formé de 20 à 25 membres de rangs diversifiés, à partir de capitaine à lieutenant-colonel, qui représente un large éventail d'intérêts militaires. Les membres se penchent sur les questions soulevées par le Comité clé. Tant le Comité clé que le Groupe de travail tiennent des réunions mensuelles distinctes. Le Comité clé et le Groupe de travail ont décidé de mettre en œuvre un « Forum des meilleures pratiques » ou un projet « Leçons tirées ». Ils ont l'intention d'examiner les expériences de l'OP APOLLO et l'OP PALLADIUM. On est en train d'organiser un atelier de trois jours qui rassemblera tout le monde à Ottawa et qui aura lieu en janvier 2003. Le Comité est en train de recueillir des informations auprès de l'Armée de terre, de la Marine et de l'Armée de l'air. Ces membres ont l'intention de consulter un large éventail d'intervenants, notamment des planificateurs, des exploitants, des membres de la famille, des fournisseurs de soins de santé, des représentants de politiques et des processus, ainsi que des coordonnateurs du déploiement.

163 J'ai été heureux d'apprendre l'existence de ces améliorations, puisque mes enquêteurs estimaient que peu de changements étaient survenus sur le terrain en ce qui concerne le dépistage précédant les déploiements. On nous a dit que, souvent, la période précédant un déploiement est si intense, en raison des autres préparations à effectuer, de la formation opérationnelle finale ou d'autres engagements opérationnels, qu'on ne peut consacrer suffisamment de temps aux processus du groupe d'aide au départ (GAD). (Le GAD est un groupe de personnes qui contribuent au processus de déploiement, notamment en examinant les membres sur le point d'être déployés.) Au dire d'un haut militaire du rang, « habituellement, les employés sont si occupés à se préparer pour le départ qu'ils ne prennent pas la question très au sérieux. Ils veulent simplement expédier le processus afin de pouvoir se mettre à la tâche. » En outre, rien n'indique que les CRFM participent constamment au processus de dépistage. Les militaires et les FC pourraient tirer profit de leurs contributions directes et de l'accès aux familles.

164 Selon un professionnel de la santé mentale, le processus de dépistage actuel est bref, non ciblé et non scientifique. Il considère

le dépistage comme une « formalité ». Ce point de vue était grandement partagé par un large éventail de personnes possédant des connaissances directes.

165 En ce qui concerne les Réservistes de l'armée, mes enquêteurs ont observé que peu d'efforts étaient déployés pour coordonner les évaluations précédant les examens de dépistage des Réservistes. Nous avons appris que la coordination et, en fait, l'ensemble du processus de dépistage des Réservistes s'effectuent au mieux à l'aveuglette. Dans la plupart des cas, comme les délais relatifs aux déploiements imminents sont très serrés, cette méthode est encore moins fiable que celle utilisée pour la Force régulière. Par conséquent, les problèmes cernés dans la Force régulière sont encore plus graves dans l'Armée de Réserve. Comme le résume un aumônier militaire de la Réserve, « Dans de nombreux cas, le processus du GAD est expédié en raison du manque de temps. »

Conclusion

166 Je félicite les FC pour le projet de la Fréquence de déploiement du personnel et l'initiative du DQV et j'attends avec impatience les résultats de dépistage des leçons tirées et des pratiques exemplaires, qui, à mon avis, constituent une initiative constructive à laquelle participeront des personnes compétentes. Je crois que les résultats favoriseront grandement la création d'un processus de dépistage normalisé. Il semble cependant qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir dans le domaine afin de s'attaquer au manque crucial de coordination et d'échange d'informations, particulièrement dans les Forces de Réserve.

Recommandation 15

167 Les Forces canadiennes montent un projet pilote pour déterminer les moyens les plus efficaces, pour les membres revenant d'un déploiement, d'être réintégrés dans la vie de famille et la vie de garnison.

Réaction des FC

168 On soutient pleinement cette recommandation qui sera examinée en détail. Dans le cadre de l'étude sur les dimensions humaines des déploiements, le Groupe de travail de la Fréquence de déploiement du personnel examine déjà le processus de réintégration. Cependant, l'établissement d'un projet pilote fera l'objet d'une enquête d'ici le 30 juin 2002.

169 En raison des divers facteurs qui caractérisent les missions et du délai nécessaire à l'établissement de nouvelles procédures à la suite d'un projet pilote, il a été déterminé qu'un exercice d'échanges des pratiques exemplaires constituait le moyen le plus efficient de rassembler les meilleures méthodes de réintégration. Cet exercice aura lieu à l'automne 2002. Il servira à établir des politiques et pratiques uniformes à tous les échelons de la chaîne de commandement.

Analyse

170 Durant l'enquête initiale, nous avons fait remarquer que le retour rapide dans sa famille d'un militaire qui a été déployé sans qu'il ait le temps de s'adapter graduellement causait des difficultés tant pour le militaire que pour les membres de la famille. Nous avons suggéré diverses approches axées sur un congé post-opérationnel ayant notamment pour objectif une période de décompression et de réintégration graduelle à la vie courante.

171 Cette recommandation exige l'entière contribution et la collaboration des responsables de la mise sur pied des Forces et du SCEMD. Le récent déploiement en Afghanistan constitue un exemple parfait de la façon dont les FC peuvent mettre en œuvre cette recommandation. Avant leur retour au pays, on a envoyé les

membres du groupement tactique à Guam et on leur a accordé un congé et une période de décompression de trois à cinq jours. Pendant cette période, ils ont reçu des informations et des séances de formation sur des sujets comme la réintégration au travail et dans la famille, la maîtrise de la colère et la sensibilisation au suicide. Des périodes libres et des excursions culturelles faisaient aussi partie des activités. À leur retour à leur base principale, les 28 et 30 juillet, les soldats ont travaillé pendant une période pouvant inclure sept demi-journées et cinq journées complètes, jusqu'au 17 août, où on leur a accordé un congé en bloc. Cet horaire de travail visait à accorder aux militaires du temps pour composer avec des problèmes liés à la mission et à leur permettre de réintégrer graduellement leur famille. Voici le commentaire formulé par un employé du CRFM : « L'étalement des horaires de travail durant les deux premières semaines est une bonne chose. Même si les militaires veulent retrouver leur famille, ils ont hâte d'être de retour dans leurs unités. »

172 « Tous les soldats de retour à qui j'ai parlé étaient emballés », a déclaré un sergent-major régimentaire qui connaît bien ces soldats. Cependant, mentionnons que, en raison du délai que devait respecter la publication du présent rapport et du congé en bloc accordé aux troupes, mes enquêteurs n'ont pu obtenir directement des soldats du groupement tactique ni des membres de leur famille, leurs impressions au sujet de la période de décompression à Guam, et de leur réintégration graduelle dans leurs fonctions et leur famille. Nous avons interrogé des fournisseurs de soins qui se trouvaient à Guam à titre de membres du contingent et de conférenciers invités. Ils estimaient que ce processus était tout à fait adéquat.

173 En fin de compte, presque tous les militaires à qui nous avons parlé ont affirmé qu'il s'agissait d'une excellente initiative qui, en principe, devrait être répétée après chaque déploiement. Même s'il pourrait se révéler nécessaire de modifier l'ampleur et la durée de la phase de redéploiement selon la situation de chaque mission, ce concept est excellent.

174 J'ai l'intention de consulter, au moment opportun, des membres du contingent et des chefs de file afin d'obtenir leurs commentaires et points de vue à cet égard. Ces consultations devraient fournir une meilleure compréhension de la nécessité et de la valeur d'une telle initiative dans les FC.

Conclusion

175 Je félicite les FC pour l'initiative relative au contingent qui a été envoyé en Afghanistan. Je crois comprendre que la chaîne de commandement de l'unité déployée (le 3e Bataillon de la Princess Patricia's Canadian Light Infantry) a défendu et exécuté ce plan. Le SCEMD et son personnel méritent aussi des éloges pour le rôle qu'ils ont joué dans cette réussite. Il s'agit là d'un pas de géant qui entraînera probablement des avantages considérables. J'attends avec impatience de connaître les résultats de l'exercice d'échange des pratiques exemplaires mentionné sous la rubrique Réaction des FC.

Recommandation 16

176 Les Forces canadiennes fournissent les ressources supplémentaires suffisantes pour permettre à tous les membres du personnel soignant en santé mentale, y compris les aumôniers militaires et les travailleurs sociaux, d'avoir accès à la formation dont ils ont besoin pour traiter les problèmes de santé mentale.

Réaction des FC

177 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite. Le personnel du DGS San est en train de préparer un plan à l'intention de tous les professionnels de la santé mentale, afin non seulement de fournir régulièrement une formation médicale continue, mais aussi de procéder à une supervision clinique de chacun des membres du personnel soignant en santé mentale. Conformément aux recommandations du Comité d'uniformisation des traitements nouvellement formé et aux pratiques fondées sur des données probantes, on fournira à chaque professionnel la formation et les compétences dont il a besoin pour traiter les problèmes de santé mentale, y compris les TSO et le SSPT. Une analyse complète des besoins de chaque groupe de fournisseurs de soins sera effectuée d'ici le 15 août 2002. Selon les employés de l'aumônier général, les aumôniers militaires ne devraient pas tous être « hautement qualifiés ». Les aumôniers aux CSTSO sont des aumôniers universitaires (p. ex., maîtrise en counselling pastoral). La Branche des services de l'aumônerie dispense des cours de counselling général à tous les aumôniers et une formation spécifique sur les SSPT aux aumôniers nouvellement enrôlés.

178 L'ASPFC [Agence de soutien du personnel des Forces canadiennes] a déclaré qu'on devrait « tenir compte » de ces employés qui exercent des activités de counselling au sujet du SSPT durant la mise en œuvre de cette recommandation. Le DGS San examinera cette question d'ici le 30 juin 2002.

Analyse

179 Cette recommandation découle des préoccupations soulevées par les membres du personnel soignant : ces derniers ne peuvent effectuer continuellement des recherches sur les SSPT et les TSO. Cette préoccupation a été formulée à de nombreuses reprises par des travailleurs sociaux des FC, qui devaient souvent assumer d'autres fonctions en plus de leurs responsabilités de soignants auprès des membres des FC qui souffrent d'un TSO.

180 Mes enquêteurs ont constaté que les FC avaient pris plusieurs mesures pour améliorer la qualité et la quantité des activités de formation et de sensibilisation destinées aux membres du personnel soignant en santé mentale des FC. Durant une conférence destinée aux travailleurs sociaux des FC qui s'est tenue en septembre 2002 (qui fait l'objet d'une analyse détaillée dans la recommandation 17), des spécialistes en SSPT ont présenté des exposés. Selon des personnes qui y ont participé, cette conférence a remporté un franc succès.

181 Cependant, les FC reconnaissent qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir. Selon un officier supérieur qui travaille pour le SMA (RH-Mil), « à l'échelle nationale et dans les divers groupes cliniques, on travaille continuellement pour définir les compétences requises. » La formation continue constituera l'un des sujets de la réunion des gestionnaires des CSTSO prévue au début novembre 2002, et cette question sera examinée durant la réunion du Groupe de travail des infirmières en santé mentale, qui aura lieu à la fin de novembre. Même si les diverses disciplines ont tenu des discussions à cet égard, on ne s'entend pas encore sur la formation continue qui doit être dispensée, et aucun rapport n'a été produit.

182 Dans un certain nombre de bases, les enquêteurs ont constaté que les contractuels qui travaillent pour le MDN et les FC par l'entremise de Med Emerg International (fournisseur de services privé) ont une perception différente de la formation de celle des employés du MDN et des FC. Le MDN et les FC emploient actuellement environ 700 employés de Med Emerg, qui fournissent une diversité de services de santé. Dans certains CSTSO, ces employés représentent la plupart des fournisseurs de traitement et des fournisseurs de soins.

183 Med Emerg accorde à ses employés un congé payé annuel de 45 jours, qui comprend 11 jours fériés et six jours de congé de maladie, les 28 autres jours étant répartis entre les vacances, les

congés pour décès et les congés pour formation et perfectionnement professionnel.

184 Je crois comprendre que le MDN a le pouvoir discrétionnaire de financer des conférences ou des cours destinés aux employés de Med Emerg, ce qui arrive parfois, bien que de façon officieuse. Cependant, au cours d'une assemblée générale tenue plus tôt cette année à Edmonton, on a signifié aux employés de Med Emerg que « le MDN ne dispose pas des fonds pour fournir une formation médicale continue. » On a indiqué à l'équipe d'enquêteurs que, dans de nombreux cas, les employés de Med Emerg financent leur propre perfectionnement professionnel en utilisant leur banque de 45 jours de congé pour assister à des cours de formation continue directement liés aux fonctions qu'ils assument pour le MDN et les FC. Ces employes assument aussi les dépenses associées à ces cours, y compris les frais de déplacement et d'hébergement et de coût des repas. Un représentant de Med Emerg a confirmé qu'aucun financement n'est accordé aux employés pour la formation continue. Sur le terrain, on a de plus en plus l'impression qu'un système à deux niveaux est en train d'être créé, les employés contractuels de Med Emerg devenant des citoyens de seconde zone au chapitre de la formation.

Conclusion

185 La formation et la sensibilisation appropriées des membres du personnel soignant dans le domaine des TSO demeure un enjeu important pour les FC. Cette question a un impact tant sur la qualité des soins fournis aux membres des FC qui souffrent d'un TSO que sur le moral des fournisseurs de soins. Même si certaines améliorations considérables ont été apportées à l'accessibilité de l'information aux membres et employés du MDN et des FC, il reste beaucoup de chemin à parcourir. La nécessité d'assurer la formation et la sensibilisation adéquate des employés contractuels doit faire partie des discussions continuelles qui se tiennent au sein de l'organisation du DGS San.

Recommandation 17

186 Les Forces canadiennes fournissent les ressources supplémentaires suffisantes pour permettre à la branche du travail social d'organiser des journées de réflexion annuelles pour tous ses travailleurs sociaux. Le SSPT devrait être un thème important de ces journées.

Réaction des FC

187 On soutient pleinement cette recommandation. On réservera une date pour la séance de réflexion annuelle des travailleurs sociaux. La première aura lieu à la fin de 2002 et, comme l'indique la recommandation, elle mettra surtout l'accent sur le SSPT. Dans les prochaines années, on fera coïncider ces séances avec la rencontre nationale des FC sur la santé mentale et le Congrès de médecine opérationnelle des Forces canadiennes.

Analyse

188 Les fournisseurs de soins de santé mentale des FC ont une charge de travail très lourde et, pour rester efficaces et conserver leur moral, ils doivent rencontrer régulièrement leurs pairs. Une séance de formation en travail social a eu lieu au cours de la semaine du 22 au 25 septembre 2002. La rencontre de quatre jours s'est tenue à Mississauga et a réuni environ 90 personnes provenant de tous les coins du Canada. Il y a eu deux conférenciers invités : D^re^ Anna Baranowski a fait un exposé sur l'usure de compassion et le D^r^ Meichenbaum de l'Université de Waterloo, un chef de file dans le traitement du SSPT, a présenté un exposé sur l'évaluation et le traitement du SSPT.

189 Les travailleurs sociaux qui œuvrent actuellement au CSTSO n'ont pas été invités à assister à cette rencontre puisque, selon un haut responsable des FC, leur niveau de compréhension du SSPT est considéré comme étant plus élevé que celui fourni au cours du séminaire. Quelques travailleurs sociaux du CRFM n'ont pas non plus été invités à participer. Un certain nombre d'infirmières en santé mentale, d'aumôniers, de gestionnaires de cas et de représentants des ACC ont été invités à assister à l'exposé du D^r^ Meichenbaum.

190 Mes enquêteurs ont discuté avec un certain nombre de travailleurs sociaux qui ont assisté à l'événement. Presque unanimement, ils ont indiqué que celui-ci avait été très utile, qu'il s'agissait d'une démarche essentielle qui devrait se répéter régulièrement. La plupart des participants auxquels nous avons parlé ont été particulièrement impressionnés par la qualité de l'exposé du Dr Meichenbaum. Après les exposés, les participants ont rempli des évaluations, qui se sont révélées très positives. Toutefois, les organisateurs n'ont pas demandé aux participants de fournir une évaluation de l'ensemble des quatre jours.

191 Bien que toutes les personnes à qui nous avons parlé ont beaucoup apprécié le fait que les FC aient engagé des ressources pour organiser l'événement, certaines étaient préoccupées par le fait que la semaine avait davantage pris l'allure d'un congrès que d'une séance de réflexion. Certains participants ont laissé entendre que l'événement aurait été plus constructif s'ils avaient eu davantage la possibilité d'échanger leurs points de vue sur les défis locaux et systémiques auxquels ils font face en tant que travailleurs sociaux dans un environnement militaire.

192 Le lieutenant-colonel (lcol) Matheson, officier responsable du bureau du travail social des FC, nous a indiqué qu'il y aurait des ateliers annuels et que « même s'ils seront liés à d'autres événements, comme la rencontre annuelle sur la santé ou le Congrès de médecine opérationnelle, une journée sera consacrée exclusivement aux questions liées au travail social. »

Conclusion

193 Le bureau du travail social des FC doit être félicité puisqu'il a fourni les ressources qui ont permis d'organiser cet événement. Les commentaires des participants ont été, de façon générale, très positifs. Je crois qu'il vaudrait la peine d'inviter tous les travailleurs sociaux qui travaillent à temps plein pour les FC, y compris ceux du CSTSO et du MFRC, à participer aux événements de ce genre dans l'avenir. La valeur de l'événement est évidente, et a permis de remonter le moral des travailleurs sociaux. De plus, les participants ont dit qu'ils avaient l'impression que, par cet événement, les FC reconnaissaient l'importance du travail des travailleurs sociaux. Je recommande fortement qu'un congrès des travailleurs sociaux ait lieu chaque année et ne soit intégré à aucun autre congrès.

Recommandation 18

194 Les règles concernant le reclassement soient modifiées pour pouvoir accommoder rapidement les membres atteints du SSPT et pour lesquels un transfert dans un autre groupe professionnel militaire serait thérapeutiquement bénéfique.

Réaction des FC

195 On soutient pleinement cette recommandation. Les règles actuelles permettent tout à fait d'accommoder un membre des forces qui pourrait profiter d'un reclassement obligatoire lorsqu'il peut respecter les exigences médicales liées à l'autre profession. Les procédures actuelles vont comme suit (dans cet ordre) : le militaire est recommandé par un médecin militaire ou un spécialiste pour un transfert à l'extérieur du CGPM [Code de groupe professionnel militaire]; le dossier est présenté au D Pol San [Directeur – Politique de santé] qui doit l'approuver, puis au DAGRCM [Directeur – Administration et gestion des ressources (Carrières militaires)] 3-3 qui en fera le traitement. Les restrictions des tâches doivent être précises et ne doivent pas contrevenir aux normes attitudes générales des FC. Le traitement du DAGRCM 3-3 suppose :

196 • l'obtention d'un rapport de l'OSP [Officier de sélection du personnel] faisant état des CGPM qui conviendraient au militaire

197 • l'obtention des places de formation vacantes du nouveau CGPM et l'horaire des cours auprès du SREIFC [Service du recrutement, de l'éducation et de l'instruction des Forces canadiennes]

198 • le rapprochement entre le CGPM auquel le militaire aimerait se joindre et les places vacantes

199 • une offre de CGPM présentée au militaire par le truchement du commandant

200 Lorsque le militaire accepte le nouveau CGPM, il est tout de suite envoyé en formation ou attend une formation dans son unité actuelle. (La période d'attente dépend du calendrier des cours de formation du CGPM).

201 D'ici le 30 juin 2002, on commencera à examiner la façon dont les règles/les procédures de reclassement obligatoire pourraient être mises en œuvre de façon plus rapide.

Analyse

202 Cette recommandation a été formulée en réaction aux nombreuses plaintes que mes enquêteurs ont entendues pendant leur première enquête concernant les obstacles bureaucratiques au reclassement. En fait, le médecin du cpl McEachern lui-même a tenté sans succès d'obtenir pour son client un reclassement dans une profession où, selon lui, le cpl McEachern aurait eu un bon rendement. Il semblerait que des militaires qualifiés et expérimentés étaient forcés de prendre leur libération alors qu'ils auraient pu continuer leur service au sein d'une autre profession.

203 Pendant la préparation du présent rapport, nous avons continué à recevoir des plaintes provenant de militaires, de professionnels de la santé et de la chaîne de commandement concernant le processus de reclassement. En général, les gens ont l'impression que les FC continuent de gaspiller des militaires qualifiés et compétents en raison de critères bureaucratiques voulant qu'ils correspondent à une catégorie médicale dans leur CGPM original avant de pouvoir obtenir un reclassement volontaire. Dans un cas, un adjudant-maître à la retraite qui dirigeait un peloton composé de militaires inscrits sur la LEPMD a trouvé une façon d'obliger le système à permettre à trois anciens patients atteints de SSPT qui étaient inscrits sur la LEPMD d'obtenir un reclassement volontaire (RV). Dans une autre base, un soldat n'a pas eu autant de chance. Il avait été tenu comme un exécutant exceptionnel au sein de son unité d'infanterie, mais a souffert d'un TSO après son retour de son dernier déploiement. Il avait participé à trois affections opérationnelles, y compris la Croatie en 1993. Il avait réussi à obtenir un emploi de technicien en approvisionnement au sein de son unité et ensuite, pour la base. Il le dit lui-même : « Je ne peux peut-être plus être déployé, mais je peux certainement être employé. » Il a tenté d'obtenir un reclassement volontaire avec l'aide des services médicaux, mais on lui a refusé.

204 Il apparaît clairement que le RV des militaires chez qui on a diagnostiqué un TSO constitue toujours un problème très sérieux. Le personnel du SMA (RH-Mil) nous a dit que le processus de RV est très différent du processus de reclassement obligatoire (RO). Si un militaire fait l'objet d'un reclassement médical au moyen d'un RO, il profite de certains avantages, comme le taux de rémunération et d'autres protections offertes, avantages qu'une personne qui demande un reclassement volontaire n'obtiendra pas. Dans le cas de reclassement volontaire, d'autres questions comme la disponibilité des postes et la force du CGPM original sont des facteurs qui peuvent empêcher le reclassement. Ce n'est même pas la même partie de l'organisation qui traite les RV. Si le RO est en fait la méthode privilégiée à adopter pour les personnes souffrant de TSO qui se traduit par une catégorie médicale réduite, il faut faire beaucoup de sensibilisation pour que les militaires, le personnel médical et la chaîne de commandement soient au courant du processus et le connaissent bien.

205 En plus de la confusion bureaucratique entre les RV et les RO, il y a un problème d'attitude dans certains secteurs qui crée des obstacles. Par exemple, un médecin militaire qui avait la responsabilité d'informer les militaires de leurs options une fois que les restrictions médicales deviennent permanentes nous a dit : « Ces gars-là ne font aucun effort; ça ne sert à rien qu'ils obtiennent un reclassement volontaire puisqu'ils vont quand même échouer dans un nouveau groupe professionnel. » Un major de l'infanterie a exprimé un point de vue beaucoup plus éclairé : « Pourquoi est-ce qu'on empêcherait quelqu'un de faire un autre travail ailleurs? Laissons-le faire. Si ça le rend heureux et que ça lui permet de se remettre, il faut le laisser faire. »

206 La question du reclassement a été abordée à la réunion du Comité sur le TSO le 1er octobre. Dans le procès-verbal, on peut lire que les reclassements « qui s'appliquent aux militaires souffrant de TSO, semblent être mal compris. » Le Comité sur le TSO s'est engagé à élaborer des « stratégies de communication pour faire passer le message » de façon simple et compréhensible.

Conclusion

207 Toute la question du reclassement demeure très confuse et frustrante. Je félicite le Comité sur le TSO de son initiative puisqu'il s'agit d'un premier pas dans la bonne direction et j'espère que ce sera une initiative fructueuse. Les FC continuent de perdre des membres précieux et qualifiés en raison de règles rigides et

compliquées entourant la capacité des militaires souffrant de TSO d'obtenir un poste moins exigeant, lorsqu'ils peuvent encore apporter leur contribution à l'organisation. Le concept de soldat jetable reste tenace dans certains secteurs, et cela est dû en grande partie à un processus de reclassement bien trop compliqué et non à un manque de possibilité de reclassement pour les membres blessés ou à un manque de volonté de la part de bien des gens du milieu de faciliter les changements professionnels. Les récents rapports indiquant que les FC ont encore beaucoup de mal à recruter et à conserver du personnel qualifié font ressortir tout particulièrement le côté préoccupant de la situation. Il faut travailler davantage pour faire en sorte que les militaires atteints d'un TSO qui respectent les normes professionnelles de postes moins exigeants puissent occuper ces postes et que le processus de reclassement soit simple et rapide.

Recommandation 19

208 Les Forces canadiennes examinent et évaluent l'efficacité des politiques et procédures destinées à aider le personnel de Réserve et de renfort, avant et après un déploiement.

Réaction des FC

209 On soutient pleinement cette recommandation. Le personnel du DGPPRHM effectuera une vérification des politiques et des procédures pertinentes à la situation décrite aux paragraphes 846 à 861 du rapport de l'Ombudsman et, à l'aide de ses procédures de validation et de vérification habituelles, avisera le CEM (RH-Mil) d'ici le 1er septembre 2002 si ces processus sont valables pour tous les renforts, tant de la Force régulière que de la Force de Réserve.

Analyse

210 Cette recommandation a été formulée afin que l'on puisse s'assurer que le personnel de Réserve, déployé avec les unités de la Force régulière, était examiné de façon aussi approfondie que les membres de la Force régulière avant le déploiement et, surtout, lorsqu'ils reviennent à leur unité d'attache. Comme, bien souvent, les Réservistes n'ont pas accès aux mêmes soins que ceux offerts aux membres de la Force régulière, une fois qu'ils reviennent chez eux, il est encore plus essentiel qu'ils reçoivent un soutien et un suivi adéquats.

211 Les politiques et les procédures qui devront faire l'objet d'un examen par le MDN et les FC étaient déjà en place avant la publication de mon premier rapport. Selon les dernières entrevues effectuées par mes enquêteurs, soit qu'elles sont inefficaces, soit qu'elles ne sont pas appliquées de façon uniforme. Les trois principales préoccupations étaient les évaluations avant et après le déploiement, le traitement médical et professionnel des membres de la Réserve et les manques de ressources.

212 Pendant le mois d'août 2002, une « Réponse à la recommandation 19 » a été fournie par le DGPPRHM par l'entremise d'une note d'information remise au chef d'état-major,

sous-ministre adjoint (RH-Mil) et contenait six recommandations. Les voici :

213 « Il faut envisager d'abandonner la pratique voulant que les Réservistes doivent compétitionner pendant la phase de formation précédant le déploiement en vue d'obtenir un poste dans l'unité de la Force régulière qui est déployée;

214 il faut que les programmes d'éducation et de formation sur le SSPT et le stress opérationnel soient élargis et déclarés obligatoires pour les commandants de toutes les unités et les principaux membres de la chaîne de commandement de l'unité;

215 il faut qu'une plus grande souplesse, pour élargir le service en classe C, soit utilisée comme une façon d'aider les membres de la Réserve au moment de l'évaluation, du suivi et du traitement après le déploiement;

216 il faut que les politiques et les procédures des SSFC [Services de santé des FC] soient confirmées et distribuées de façon efficace en vue du traitement des Réservistes de classe A ayant des blessures ou des maladies découlant de leur service au cours d'opérations et pour le paiement de ces traitements;

217 il faut que des ressources suffisantes soient débloquées pour le paiement d'autres dépenses liées au traitement des Réservistes de classe A qui ont subi des blessures au cours d'opérations militaires et, enfin;

218 il faut envisager de dresser une Liste des effectifs du personnel non disponible (LEPND) pour les Réservistes afin de faciliter leur accès à des soins médicaux des FC, s'assurer que l'on fait un suivi adéquat de leurs besoins et surveiller la situation de chacun de façon plus efficace. »

219 Cette question a également été soulevée à la réunion du Comité sur le TSO qui a eu lieu le 1er octobre 2002 et au cours de laquelle le président a demandé que cette question soit étudiée de façon plus approfondie dans le contexte plus général du traitement et des accommodements.

220 Selon le personnel de la Réserve, les aumôniers, les professionnels de la santé, les familles et le personnel de soutien de la Force régulière, les évaluations des Réservistes tant avant qu'après les déploiements sont inefficaces et, dans bien des cas, sans intérêt. Dans le cas des évaluations avant le déploiement, même si « tous les formulaires » sont dûment remplis, on peut remettre en question la validité des résultats en raison des contraintes de temps subies au moment où les formulaires sont remplis. Dans bien des cas, les Réservistes sont avisés très peu de temps avant le déploiement, ce qui fait que les examens doivent être effectués rapidement et cela laisse peu de temps pour une analyse approfondie des résultats.

221 Les membres de la famille et les employés du CRFM ont également mentionné le manque d'informations fournies au personnel déployé. Il semble également que la chaîne de commandement de certaines unités de la Réserve n'appuyait pas de façon constante les CRFM. On nous a aussi fait part de situations où les employés du CRFM n'avaient pas obtenu les listes nominatives (comme l'exige pourtant la politique) et qu'ils ne disposaient ni des locaux ni du temps nécessaires pour rencontrer les militaires les soirs de formation. Ainsi, les Réservistes et les membres de leur famille ne connaissaient pas les ressources que pouvaient leur offrir les CRFM avant, pendant et après le déploiement du militaire.

222 On nous a décrit l'examen après le déploiement comme étant encore plus désordonné. Même si les membres de la Force de Réserve passent par le même processus après le déploiement que les membres de la Force régulière, il n'y a aucun suivi de ces évaluations, ni par l'unité avec laquelle ils ont été déployés ni par leur unité d'attache. Un employé de soutien de la Force régulière a déclaré : « Les membres de la milice qui ont été déployés avec mon unité ont eu la même évaluation que moi lorsqu'ils sont descendus de l'avion au Canada, mais contrairement à nous, ils sont remontés dans un avion peu après pour retourner chez eux. Je sais maintenant qu'il n'y a pas eu de suivi après leur retour à la maison. » De retour dans leur unité d'attache après leur déploiement, ils reviennent au service de Réserve de classe A sans l'assurance-maladie et l'aide auxquelles les membres de la Force régulière ont facilement accès.

223 Si un Réserviste a besoin de soins médicaux à la suite d'un déploiement ou les rares fois où l'intégration à la LEPND est autorisée, l'argent nécessaire est tiré du fonds discrétionnaire de l'unité, qui est habituellement utilisé pour verser des salaires. Un commandant a mentionné que l'argent accordé aux Réservistes est si limité que le « fonds discrétionnaire serait complètement à sec si

un seul militaire était inscrit à la LEPND pendant six à huit mois, ce qui empêcherait cinq ou dix gars de suivre une formation pendant l'été. »

224 Du côté de la Réserve navale, notons une initiative entreprise par une formation navale afin d'offrir une meilleure aide au départ aux membres de la Réserve navale avant qu'ils s'embarquent pour un déploiement important. Le problème de l'évaluation et du suivi des membres de la Réserve navale une fois qu'ils rentrent à leur division d'attache de la Réserve navale est le même que pour la Réserve de l'armée. On n'effectue aucun suivi pour déterminer si ces personnes souffrent d'une forme de TSO. Comme l'a déclaré un officier supérieur de la Réserve navale : « Il faut que nous adoptions un formulaire que pourraient remplir ces personnes lorsqu'elles retournent à leur division de Réserve navale. Ça nous aiderait à évaluer leur état mental. »

Conclusion

225 Les Réservistes et les renforts sont traités différemment des principaux membres des unités qui sont déployés. Il faut souligner que pendant la Rotation 9 du déploiement en Bosnie, environ 20 % des militaires déployés faisaient partie de la Réserve. Même dans ce cas, rien n'indiquait que la question des soins aux Réservistes après le déploiement est prise avec autant de sérieux que nous l'espérions. Les politiques et les procédures qui sont actuellement en place pour aider les membres de la Force de Réserve avant et après les importants déploiements semblent être inefficaces. Le mépris du bien-être des Réservistes qui avait cours auparavant n'a pas complètement disparu – selon un officier supérieur de la Réserve, il faut se battre contre un « problème dont nous avons hérité, puisque (les Réservistes) se perdent dans le système. »

226 Il est toutefois encourageant de constater qu'une note documentaire envoyée au Chef d'état-major SMA (RH-Mil) portant sur cette question a été déposée en août 2002 et contenait des recommandations portant sur les faiblesses du système. Cependant, bien des choses restent à faire.

Recommandation 20

227 Les Forces canadiennes revoient leurs politiques et procédures et les assouplissent, dans la mesure du possible, de façon à pouvoir répondre aux souhaits des membres atteints du SSPT qui désirent demeurer dans leur unité aussi longtemps que possible.

Réaction des FC

228 On soutient pleinement cette recommandation. Comme le mentionne le CANFORGEN [Message général des Forces canadiennes] 100/00, SMA (RH-Mil) 161430Z AUG 00, LISTE DES EFFECTIFS DU PERSONNEL NON DISPONIBLE (LEPND), la chaîne de commandement du militaire collabore étroitement dans tous les cas avec les autorités médicales afin de déterminer ce qui est meilleur pour le militaire. Un examen des politiques et des procédures connexes permettant de répondre aux besoins des militaires atteints du SSPT sera entrepris d'ici le 1er septembre 2002.

229 Un examen des politiques et des procédures connexes permettant de répondre aux besoins des militaires souffrant du SSPT a été effectué et a permis d'établir que les politiques et les procédures actuelles d'accommodement, sur lesquelles l'Ombudsman attire l'attention, sont efficaces et suffisamment souples. Par ailleurs, le processus permettant d'accommoder les militaires chez qui on diagnostique le SSPT pourrait peut-être être amélioré de deux façons : d'abord, par l'élaboration de politiques et de procédures pour que les Réservistes aient accès à la LEPND ou à quelque chose de semblable et, deuxièmement, l'introduction d'un programme intégré de retour au travail. Le SMA (RH-Mil) a déjà commencé à examiner la faisabilité d'un programme de retour au travail pour les FC. Il est recommandé que les FC continuent d'étudier un programme intégré de retour au travail à l'intention de leurs militaires et envisagent l'élargissement de la politique de la LEPND afin d'inclure les Réservistes.

Analyse

230 Cette recommandation vise à offrir aux commandants une politique plus souple concernant l'inscription de membres des FC souffrant de TSO sur la LEPND. Comme démarche améliorée, on a proposé de fournir aux commandants des ressources suffisantes pour s'occuper de leurs blessés au sein de leur unité.

231 Mes enquêteurs ont découvert certains cas où on adopte une démarche visant à accommoder les militaires blessés au sein même de l'unité. Comme on pouvait s'y attendre, ces initiatives d'accommodement ont un effet positif sur les militaires. Malheureusement, le manque de personnel presque partout rend ces initiatives très difficiles à adopter de façon uniforme. Une unité opérationnelle que nous avons visitée a conservé le plus grand nombre de militaires blessés qu'il lui était réellement possible de conserver, mais a atteint un point où les autres militaires blessés ont dû être placés sur la LEPND à la base. Comme le décrit une épouse : « C'est bien de vouloir les garder au sein de l'unité, mais s'il ne pouvait pas faire l'exercice militaire, l'unité ne pouvait rien pour lui. »

Conclusion

232 Les FC ont dû déployer des efforts considérables pour inventorier et examiner les politiques actuellement en place et pour recommander des solutions visant à régler les problèmes mentionnés dans le rapport original, mais elles se sont butées à des difficultés considérables en raison du peu de ressources disponibles actuellement. Malgré cela, certains programmes ont été réalisés, le programme de retour au travail, par exemple, est une excellente initiative et mérite que l'on continue de l'appuyer.

Recommandation 21

233 Les Forces canadiennes revoient leurs procédures de placement de membres sur la LEPND afin d'impliquer davantage les médecins militaires et les commandants d'unité dans les décisions.

Réaction des FC

234 On soutient pleinement cette recommandation et on y a donné suite. C'est le DGCM [Directeur général – Carrières militaires] qui a le pouvoir d'inscrire un membre sur la LEPND, et le coordonnateur de carrière prend une décision en conformité avec le CANFORGEN 100/00. Comme pour les autres processus administratifs liés aux carrières dans lesquels les autorités médicales jouent un rôle, la décision finale est rendue selon les recommandations des autorités médicales puisqu'on cherche à faciliter le plus possible le traitement médical, ce qui peut vouloir dire, dans certains cas, un déménagement plus près des installations médicales ou des membres de la famille. Les recommandations formulées par le commandant du militaire reçoivent la même considération lorsque le personnel du DGCM prend une décision.

Analyse

235 Les commandants et les médecins militaires qui œuvrent au niveau de l'unité ont confié à mes enquêteurs qu'il arrive parfois que les coordonnateurs de carrière refusent d'inscrire un militaire sur la LEPND ou retardent son inscription ou qu'ils l'inscrivent sur une LEPND ailleurs que dans son unité d'attache, en raison des pressions que représentent les exigences opérationnelles, la pénurie de personnel et les restrictions budgétaires imposées aux dépenses de déménagement. Selon le CANFORGEN 100/00, la décision d'inscrire un militaire sur la LEPND devrait surtout se fonder sur l'intérêt supérieur du militaire. Cette politique était en vigueur lorsque la première enquête a été entreprise, et n'a pas semblé être efficace pour ce qui est d'agir au mieux des intérêts du militaire, dans toutes les situations.

236 Tant dans la politique actuelle que dans les changements apportés à la politique proposée dans les DOAD préliminaires, comme le mentionnait plus tôt le présent rapport, c'est le commandant qui doit enclencher le processus visant à inscrire un militaire sur la LEPND et faire parvenir la demande au coordonnateur de carrière compétent, notamment le placement sur la LEPND afin de respecter les exigences du programme de réadaptation professionnelle. Si le commandant souhaite affecter le militaire à une LEPND ailleurs que dans son unité d'attache, il doit en expliquer la raison au coordonnateur de carrière. Celui-ci conserve la responsabilité d'inscrire le militaire sur la LEPND et à un autre endroit, sur demande.

Conclusion

237 En fin de compte, la décision d'inscrire un militaire à la LEPND devrait être approuvée à un niveau le plus près possible du militaire. Un processus bureaucratique centralisé à un quartier général qui se trouve à plusieurs niveaux du militaire donnera souvent lieu à des décisions qui ne reflètent pas les souhaits du commandant ni du médecin militaire ni, en fait, l'intérêt supérieur du militaire. Nous attendons des DOAD finales pour se pencher sur cette question, mais pour l'instant, rien n'indique que le problème cerné dans la première enquête ait été réglé.

Recommandation 22

238 Les unités maintiennent un contact, au moins toutes les deux semaines, avec leurs membres sur la LEPND compte tenu des restrictions imposées par le personnel soignant ou des désirs contraires du membre.

Réaction des FC

239 On soutient pleinement cette recommandation. On reconnaît par ailleurs que le suivi, les contacts et le soutien au niveau local font partie intégrante du processus de traitement du SSPT. Les renseignements concernant la LEPND obtenus à partir de PeopleSoft seront inscrits dans le système d'information des coordonnateurs de carrière (SICC). Les coordonnateurs de carrière, dans le cadre de leurs fonctions consistant à surveiller l'établissement d'une unité, feront le suivi des militaires inscrits sur la LEPND et aideront les unités à faire le suivi.

240 C'est le DGCM qui a le pouvoir d'inscrire un militaire sur la LEPND, et les gestionnaires de carrière prennent des décisions en conformité avec le CANFORGEN 100/00. Il revient donc au gestionnaire de carrière de contrôler le statut de ce militaire pendant toute la période où son nom figure sur la LEPND. D'ici le 30 juin 2002, le DGCM étudiera la possibilité d'effectuer toute l'administration du processus lié à la LEPND au sein de la DGCM.

241 Les modifications apportées au SICC permettront au coordonnateur de carrière de retracer les militaires faisant partie de la LEPND. Le maintien des contacts personnels demeure la responsabilité de l'unité, qui sera aidée du DSBA. La nouvelle version du SICC sera en place et prête à être utilisée une fois que les autres problèmes liés à la technologie de l'information auront été réglés. Le système devrait pouvoir être utilisé en septembre ou en octobre 2002.

Analyse

242 CANFORGEN 100/00 exige d'une unité qu'elle maintienne le contact avec le membre et, si le membre est inscrit à la LEPND à un autre endroit, qu'elle nomme une personne qui sera habilitée à maintenir le contact. On nous a dit bien des fois pendant la première enquête que les militaires inscrits à la LEPND avaient peu de nouvelles de leur propre unité. Le cpl McEachern lui-même a affirmé que personne de son unité n'avait communiqué avec lui pendant les deux années qu'il a été inscrit à la LEPND, sauf un caporal-chef qui l'a appelé de façon informelle pour savoir comment il allait. Par conséquent, bien des militaires inscrits sur la LEPND se sentent trahis et abandonnés par leur unité, interprétant l'absence de contact comme le signe qu'ils ne sont plus utiles ou que l'on s'est effectivement débarrassé d'eux. Il y a, naturellement, des militaires inscrits sur la LEPND qui ne veulent pas avoir de contacts réguliers avec leur unité pour diverses raisons. Toutefois, nous avons découvert qu'une grande majorité des militaires aimeraient avoir l'impression qu'ils font encore partie de leur unité.

243 Il y a toutefois eu une évolution positive. Certaines unités ont mis en place leur propre programme permettant au personnel de rang équivalent ou supérieur d'être nommé comme parrain. Ceux-ci communiquent avec les militaires inscrits sur la LEPND pour établir une liaison avec l'unité et (ou) les encourager à retourner au travail. La plupart des militaires interrogés ont apprécié cette initiative; toutefois, certains se plaignaient du fait que, lorsque le parrain était de rang supérieur, ils s'étaient sentis harcelés et intimidés par le processus. Une autre unité a mis en place un programme de « jumelage », c'est-à-dire que des militaires de même rang sont nommés pour maintenir le lien avec les personnes inscrites sur la LEPND ou qui souffrent du TSO. Un coordonnateur de la LEPND a créé, de sa propre initiative, un processus permettant de conserver des contacts hebdomadaires avec les militaires inscrits sur la LEPND. Comme le dit cette personne : « Je crois que l'une de mes responsabilités est de m'assurer que le militaire va bien. » Dans les cas où un militaire ne veut pas que l'on communique avec lui, il est convenu que le militaire a la responsabilité de communiquer régulièrement avec le coordonnateur. On s'inquiète véritablement du bien-être des militaires.

244 Un programme de réintégration au travail a été mis en place dans certaines unités : des représentants de l'unité facilitent le retour

dans le milieu de travail ou dans une autre unité, si c'est le milieu de travail qui représente le problème pour la personne.

245 La Marine s'est dotée depuis 1990 d'une LEPND centralisée sur les deux côtes. Sans détachement arrière, lorsqu'un navire prend la mer, il est difficile de communiquer deux fois par semaine avec un militaire; c'est pourquoi une démarche centralisée a été adoptée. Environ 95 % du personnel de la Marine inscrit sur la LEPND est affecté à l'unité centralisée. Il incombe alors à l'unité de la LEPND de communiquer avec le militaire, d'effectuer le suivi de ses besoins médicaux et de s'occuper des questions administratives. Les employés de l'unité de la LEPND essaient aussi de leur trouver un emploi qui leur convient, adapté aux restrictions que leur impose leur état de santé.

246 Une des observations souvent entendues est que les unités ne disposent tout simplement pas des ressources nécessaires pour communiquer régulièrement avec les militaires inscrits sur la LEPND. Le commandant d'un groupement tactique revenu récemment s'est présenté devant le Comité sur les TSO le 1er octobre 2002. Il a déclaré que, de son point de vue, à titre de commandant opérationnel, le principal problème lié aux TSO était « le manque de ressources en personnel nécessaires pour entretenir des rapports avec les militaires inscrits sur la LEPND, parce que l'on met l'accent sur la formation opérationnelle et le déploiement. »

Conclusion

247 Malheureusement, en général, l'enquête a révélé que les unités ne communiquaient pas toujours avec les militaires inscrits sur la LEPND de façon régulière, malgré les dispositions du CANFORGEN 100/00. Dans les faits, cela revient ni plus ni moins à faire fi d'un ordre du CEMD. La raison principale invoquée pour ne pas respecter l'ordre général était la nécessité d'assumer d'autres responsabilités, ce qui laisse peu de temps aux unités pour établir des contacts réguliers. Je trouve cette raison difficile à accepter. Quoi?! Il est excessif d'exiger des unités qu'elles trouvent le temps de faire un appel téléphonique? En fin de compte, la question demeure : pourquoi les supérieurs se donnent-ils la peine d'émettre un ordre si pratiquement personne ne se préoccupe de le respecter?

248 Il y a certains cas où les unités et les LEPND ont fait preuve d'un excellent esprit d'initiative, comme nous l'avons souligné plus haut. Malheureusement, cela semble être l'exception plutôt que la règle.

Il faut adopter une démarche uniforme. De façon générale, selon les histoires que nous avons entendues, il y a eu peu d'améliorations visibles apportées dans les unités pour ce qui est de communiquer avec les militaires qui sont inscrits sur la LEPND.

Recommandation 23

249 Les Forces canadiennes se penchent sur les problèmes de ressources qui empêchent les unités de s'occuper comme il se doit de leurs membres atteints du SSPT.

Réaction des FC

250 On soutient pleinement cette recommandation.

251 D'ici le 30 juin 2002, le DSBA étudiera la question de l'attribution des ressources et présentera un rapport au CEM (RH-Mil) sur les lacunes relevées.

Analyse

252 Cette recommandation vise à reconnaître le fait que de nombreuses unités ne disposent ni du personnel ni des postes nécessaires pour prendre soin comme il se doit de leurs membres atteints d'un TSO qui pourraient rester au sein de l'unité. La mise en œuvre de cette recommandation n'est pas du ressort du DSBA. Pendant les importantes initiatives de réduction du personnel qui ont véritablement commencé au début des années 90, bien des postes qui permettaient un repos et un répit temporaires au sein de l'unité ont disparu. Au même moment, la charge de travail des postes qui avaient été conservés a augmenté de façon spectaculaire, et beaucoup des responsabilités « légères » comme le fait de maintenir le contact avec des militaires malades ont été abandonnées. Même si la responsabilité de prendre soin de tous les militaires, y compris ceux qui sont blessés, n'a pas été éliminée de la chaîne de commandement, rien n'indique que des ressources sont affectées aux unités pour leur permettre d'assumer cette responsabilité. Même les commandants à qui nous avons parlé, qui compatissaient à la souffrance des membres de leur unité qui avaient été blessés, étaient dans l'impossibilité de rassembler des ressources suffisantes pour assumer cette responsabilité.

253 La Marine fait face à des difficultés uniques lorsqu'elle doit employer un militaire inapte à prendre la mer dans son unité d'attache, lorsque cette unité est un navire. Il existe toutefois des unités terrestres qui assumeront leur responsabilité et emploieront

des militaires des unités qui prennent la mer même s'ils sont inscrits sur une LEPND.

Conclusion

254 Le but de cette recommandation était de faire ressortir que des ressources particulières en personnel devaient être accordées aux unités hiérarchiques pour assurer l'exécution efficace de cette fonction. La réaction des FC a pris la forme d'une enquête et d'un rapport au niveau du QGDN. De toute évidence, la mise en œuvre de cette recommandation au poste de commandement et au niveau de la base de l'unité n'a pas eu lieu et, vu la situation actuelle de manque de ressources en personnel, n'est pas près d'avoir lieu. C'est malheureux car de faibles dépenses en ressources pourraient se traduire par d'importantes économies à long terme puisqu'on pourrait conserver des membres précieux des FC, qualifiés et expérimentés. Comme je l'ai déjà mentionné, il en coûte environ 315 000 $ pour recruter et former un militaire que l'on pourra déployer. Ainsi, une des conséquences directes de l'échec de la mise en œuvre de cette recommandation, c'est que les FC perdent des membres qualifiés qui auraient pu réintégrer leurs rangs.

Recommandation 24

255 Les Forces canadiennes donnent la priorité à l'accélération des efforts de normalisation dans les CSTSO en matière de traitement des membres atteints du SSPT.

Réaction des FC

256 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite.

257 Une réunion nationale sur la psychologie a eu lieu le 29 avril 2002, et a permis d'uniformiser les outils d'évaluation.

258 L'uniformisation du CSTSO se poursuit : d'ici la fin de novembre 2002, on terminera les visites d'aide d'état-major (VAEM) effectuées par l'Équipe de santé mentale de Rx 2000 dans les CSTSO afin de vérifier la mise en œuvre. Les premiers résultats des VAEM effectuées indiquent que l'uniformisation des processus cliniques est en cours et est beaucoup plus avancée qu'il y a un an. Il y a toutefois encore place à l'amélioration.

259 On a créé un comité d'uniformisation des traitements, dont la première réunion a eu lieu en mai 2002. On prépare actuellement un document unifié qui réunira toutes les politiques, les directives et les outils d'évaluation élaborés au cours d'une série de groupes de travail qui ont eu lieu au cours des 18 derniers mois.

Analyse

260 Au cours de la première enquête, il était évident que l'absence de coordination et d'uniformisation parmi les CSTSO était la norme. Les répercussions négatives possibles sur les membres des FC des variations de normes de soins et de traitements dans le pays justifient cette recommandation. Depuis ce temps, les FC ont réalisé des progrès considérables dans la coordination des activités des CSTSO.

261 Les VAEM, créées en partie pour veiller à ce que les unités suivent les procédures appropriées et adoptent les pratiques exemplaires, sont faites selon l'échéancier, et des lignes directrices ont été publiées et distribuées par le Comité d'uniformisation des traitements (CUT). Le CUT est un comité permanent, composé de représentants de diverses disciplines provenant de chaque CSTSO et du département de santé mentale de l'hôpital pour Anciens combattants de Sainte-Anne-de-Bellevue, et a pour responsabilité de promouvoir un traitement uniformisé fondé sur des données probantes pour les maladies mentales et les blessures liées au déploiement. Ce comité se réunit tous les trimestres et passe en revue et diffuse les renseignements les plus récents sur le traitement des TSO.

Conclusion

262 La réaction à cette recommandation a été très positive et coordonnée. D'importants efforts sont en cours pour mettre en œuvre la recommandation, et l'uniformisation des processus cliniques est sur la bonne voie.

Recommandation 25

263 Les CSTSO reçoivent, en priorité, des ressources suffisantes pour exercer toutes les fonctions qui leur ont été confiées.

Réaction des FC

264 On soutient cette recommandation et on y a pleinement donné suite.

265 Les directeurs des CSTSO, de concert avec leur chaîne de commandement, étudient actuellement le personnel supplémentaire dont ils ont besoin pour respecter les lignes directrices élaborées pendant la réunion de l'Équipe de santé mentale Rx 2000 et des directeurs des CSTSO qui a eu lieu le 28 novembre 2001. Afin d'établir le financement et le soutien supplémentaires dont avait besoin le Quartier général du Groupe médical des Forces canadiennes (QG GMFC), on a exigé de chacun des CSTSO qu'il fournisse au DGS San une estimation raisonnable des employés supplémentaires requis. Ensuite, le DGS San et le CSF se pencheront sur ces exigences. L'engagement de financement du DGS San a toujours été évident, mais, malgré la disponibilité d'un financement adéquat, on éprouve toujours des problèmes à trouver des employés supplémentaires pour les CSTSO en raison de la pénurie de fournisseurs de soins de santé mentale au Canada. Le recrutement se fait par des entrepreneurs tiers, et on étudie des méthodes novatrices de recrutement.

266 Le SMA (RH-Mil) a fourni au DGS San du financement supplémentaire pour appuyer les CSTSO en effectuant le report de fonds de la QV jugés excédentaires par les ACC. Ce financement permettra d'améliorer les programmes et les services offerts par les CSTSO.

Analyse

267 À la fin de 2001, les FC ont cerné un certain nombre de problèmes liés au fonctionnement des CSTSO, notamment le besoin

d'uniformisation des traitements, comme on l'a mentionné ci-dessus. Parmi les autres problèmes soulevés, notons l'épuisement du personnel, le manque de personnel et de financement, les problèmes liés à la dotation en civils de même qu'un manque de temps, d'argent et d'orientation pour mettre en œuvre les recommandations des groupes de travail.

268 Des ressources supplémentaires sont offertes. Le financement supplémentaire de 400 000 $, qui s'ajoute au budget de fonctionnement initial (2,4 millions de dollars) de cette année, pour l'amélioration des services offerts dans les CSTSO a été reporté à partir de budgets existants. Il s'agit d'une indication claire et positive de la priorité de ces cliniques. Toutefois, la garantie d'un financement constant à long terme serait une indication encore plus positive.

269 L'attribution de financement appliqué uniquement aux activités de recherche constitue aussi un pas dans la bonne direction. La recherche financée permettra non seulement de faire progresser le traitement et la prévention, mais attirera aussi des professionnels de talent.

270 Selon les employés de la DGS San, il est toujours très problématique de trouver des professionnels de la santé mentale qualifiés. Cette pénurie est ressentie dans tout le Canada, et des mesures incitatives ont été adoptées afin de régler ce problème. Toutefois, même des mesures comme des salaires élevés, la formation continue et la possibilité de travailler dans une unité d'urgence civile ne sont pas suffisantes pour attirer des professionnels comme des psychiatres, qui sont déjà difficiles à trouver.

Conclusion

271 Les FC ont reconnu le caractère indispensable des CSTSO et leur versent un financement prioritaire. Un engagement de financement à long terme reste à confirmer. Les FC auront encore d'importants défis à relever sur le plan du recrutement et de la rétention de ressources humaines expérimentées et qualifiées pour répondre aux besoins des CSTSO.

Recommandation 26

272 La DGS San lance un projet pilote de réinstallation de CSTSO hors de la base afin de vérifier si un tel arrangement répond mieux aux objectifs du CSTSO.

Réaction des FC

273 Cette recommandation fera l'objet d'un examen détaillé.

274 Le fait d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base, pour respecter cette recommandation, ne ferait que renforcer la perception selon laquelle les traumatismes liés au stress sont, d'une certaine façon, « déshonorants ». De plus, les experts médicaux soulignent que le traitement optimal des membres des FC atteints de SSPT doit comprendre (dans la mesure du possible) un maintien des contacts avec l'unité et le milieu militaire. Le fait d'installer un CSTSO à l'extérieur de la base créerait en réalité un obstacle à la guérison. Le fait d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base créerait également des difficultés administratives et logistiques pour les membres des FC qui ont besoin de soins. Toutefois, les CSTSO fourniront, de façon ponctuelle, un soutien à l'extérieur de la base aux personnes qui sont dans l'impossibilité de fréquenter les installations de la base.

275 Par ailleurs, le DGS San examinera les ramifications de cette proposition et élaborera un plan détaillé qui reconnaît que cette recommandation a des points positifs tant que sa mise en œuvre ne crée pas davantage de confusion chez les membres des FC. La collaboration constante entre le MDN et les ACC à l'hôpital des Anciens combattants de Sainte-Anne-de-Bellevue (à Montréal) dans le domaine du traitement des patients atteints du SSPT, hospitalisés ou non; des projets de recherche conjoints; une clinique de traitement de la douleur et un soutien professionnel constant aux CSTSO seront utilisés comme modèles. Le DGS San doit aviser le SMA (RH-Mil) de la

faisabilité de la proposition de l'Ombudsman d'ici le 30 juin 2002.

Analyse

276 L'explication logique de cette recommandation est la suivante : de nombreux membres des FC ne cherchent pas à obtenir de traitement parce qu'ils ne veulent pas que leurs collègues sachent qu'ils fréquentent un CSTSO. Pour un bon nombre de militaires souffrant du SSPT qui ne voulaient pas que leurs pairs ou leurs supérieurs soient au courant de leur état, une visite à un CSTSO situé à un endroit très fréquenté et très visible de la base était vraiment trop difficile. Même le fait de pénétrer dans une BFC est très difficile pour certains patients qui fréquentent le CSTSO pour obtenir des traitements.

277 Mes enquêteurs ont découvert que les choses avaient très peu changé depuis la publication du premier rapport. Tous les CSTSO sont encore situés sur des bases et, bien souvent, partagent des locaux avec d'autres services de santé. Par exemple, un des CSTSO est situé au deuxième étage de l'hôpital de la base. Selon les employés qui y travaillent, l'escalier qui mène au deuxième étage, c'est-à-dire au CSTSO, a été rebaptisé familièrement « escalier de la honte ». Un autre CSTSO est situé au cinquième étage de l'hôpital de la base, et on y a accès en prenant un des ascenseurs situés dans la salle d'attente principale. Un certain nombre de patients qui fréquentent ce CSTSO à qui nous avons parlé nous ont dit qu'il est extrêmement difficile pour eux de traverser l'aire d'attente de la salle d'examen médical pour entrer dans l'ascenseur qui mène au CSTSO. L'un d'eux a déclaré : « Tout le monde sait que vous avez quelque chose qui ne tourne pas rond en voyant l'ascenseur s'arrêter au cinquième étage. » Un autre membre des FC traité au même CSTSO ajoute : « Tu aurais envie de te mettre en sac de papier sur la tête. » Dans un autre CSTSO, la salle d'attente est visible de l'extérieur; comme le fait remarquer un des membres du personnel : « C'est comme si les clients étaient mis en vitrine. »

278 Une grande majorité des patients à qui nous avons parlé au cours de la préparation du présent rapport nous ont dit qu'ils préféreraient se rendre dans un établissement situé à l'extérieur de la base. Nous avons interrogé du personnel soignant avec qui plusieurs membres des FC, qui sont récemment revenus de l'Afghanistan, ont communiqué. Ces militaires refusent tout simplement de se rendre dans un CSTSO parce que, d'une part, les Centres sont situés dans des endroits très passants (d'autre part, ils

s'inquiètent de la confidentialité de leur dossier médical). Un membre du personnel soignant nous a confié : « Ils ne veulent pas être vus au CSTSO, ils ne veulent pas être identifiés. »

279 La majorité du personnel des CSTSO et des fournisseurs de soins de santé mentale à qui nous avons parlé appuyaient le projet d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base. Toutefois, une importante minorité de soignants des CSTSO appuyaient le statu quo, pour les raisons énoncées plus haut dans la Réaction des FC. Un autre clinicien d'un CSTSO a mentionné que « Un des aspects les plus importants du traitement est la désensibilisation, et le fait de se rendre sur la base en fait partie. » Il ajoute que les militaires sont souvent anxieux lorsqu'ils se rendent à l'hôpital pour la première fois, mais « avec le temps, ils s'habituent. »

280 D'autres fournisseurs de soins à qui nous avons parlé ont fait valoir qu'il n'y avait pas de difficultés administratives ou logistiques importantes liées au fait d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base, et nous n'avons entendu aucun argument convaincant de la part d'aucune source pour appuyer cette objection qui fait partie de la Réaction des FC. Aucune preuve concrète n'a été produite pour appuyer la notion selon laquelle un CSTSO situé à l'extérieur de la base serait « un obstacle à la guérison ». Un certain nombre de soignants et de patients ont proposé une solution hybride, c'est-à-dire un CSTSO situé sur la base complété par un centre satellite à l'extérieur de la base pour répondre aux besoins des personnes qui ne sont pas encore prêtes à venir chercher de l'aide dans un endroit plus visible.

281 Je crois savoir que le DGS San étudie encore s'il faut ou non mettre en œuvre telle quelle cette recommandation. Un officier supérieur de la DGS San nous a fait savoir que l'analyse est en cours, et que l'on étudie la viabilité d'un partenariat avec ACC et (ou) le secteur privé. L'analyse ne sera pas terminée avant mars 2003, ce qui, selon ses propres paroles, « est beaucoup plus long que prévu ». Un CSTSO a demandé à un expert-conseil d'effectuer un sondage auprès des patients afin de savoir ce qu'ils pensaient d'avoir un CSTSO à l'extérieur de la base. Le sondage devrait être terminé bientôt.

282 Le 3 juillet 2002, le MDN et les ACC ont officiellement ouvert le Centre Sainte-Anne, qui offrira des services aux membres actifs et retraités des FC. Le Centre est situé à l'hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue, près de Montréal, et traite des membres actuels et des anciens membres des FC depuis juillet 2001. Il offre des services spécialisés aux personnes souffrant de traumatismes découlant du service militaire de même qu'une évaluation et un traitement des

traumatismes psychologiques. Le Centre Sainte-Anne collabore avec des cliniques de traitement qui ont été créées par les ACC dans certains établissements de soins prolongés actuellement sous contrat avec les ACC. Le Centre participera à des activités de sensibilisation et d'éducation et effectuera des recherches sur les TSO. Il compte quelques chambres permettant d'hospitaliser des patients. Le Centre Sainte-Anne sera affilié avec des CSTSO et travaillera en étroite collaboration avec eux. Il s'appuie sur une démarche multidisciplinaire, et ses méthodes d'évaluation, de traitement et de suivi sont semblables à celles utilisées par les CSTSO. Bien que la création du Centre Sainte-Anne soit bien accueillie et soit considérée comme une démarche positive, ce n'est manifestement pas un projet pilote de CSTSO à l'extérieur de la base en raison, surtout, de l'endroit où il est situé. Le Centre Sainte-Anne n'est situé à proximité d'aucune BFC importante comptant un grand nombre de membres des FC ayant été déployés.

Conclusion

283 Je ne suis pas d'accord avec la réaction des FC, qui laissent entendre que si l'on veut créer des CSTSO à l'extérieur des bases, c'est parce que l'on perçoit les maladies liées au stress comme étant « déshonorantes ». Cette perception est déjà répandue dans les FC. Le fait d'être traité à l'extérieur de la base n'empêchera pas les militaires d'entretenir des liens étroits avec leur unité et ne créera pas chez eux une impression de honte – cela est déjà fait. Le fait d'être situé à l'extérieur de la base ne compliquera pas de façon importante le soutien administratif et logistique offert au Centre. Jusqu'à ce que les FC réussissent à créer une culture permettant aux personnes qui cherchent à obtenir un traitement de savoir que leur maladie sera comprise et acceptée par leurs camarades, les FC ont, à mon avis, l'obligation d'offrir un traitement dans un environnement qui incitera tous les militaires qui en ont besoin à se faire traiter.

284 Il semble y avoir une certaine confusion quant à la raison exacte pour laquelle cette recommandation a été faite. Il ne s'agit pas du premier empiètement du « milieu civil » dans le traitement des TSO. À mon avis, un CSTSO situé à l'extérieur de la base sera doté du même personnel que les centres qui existent actuellement sur les bases, c'est-à-dire un mélange de militaires et de civils. Le raisonnement qui sous-tend la création d'un CSTSO à l'extérieur de la base n'est pas lié principalement au traitement; il s'agit plutôt d'une protection de la vie privée et de la confidentialité. On nous a dit qu'un nombre important de membres des FC ne cherchaient pas

à obtenir le traitement dont ils avaient besoin parce qu'ils ne voulaient pas que leurs compagnons sachent qu'ils avaient besoin d'aide psychologique. Cette attitude est fort compréhensible compte tenu des stigmates liés aux TSO. Le but principal d'un CSTSO situé à l'extérieur de la base serait de créer un environnement où les membres auraient accès à l'aide dont ils ont besoin plus rapidement, ce qui améliorerait leurs chances de demeurer des membres productifs des FC. Dans ce scénario, tout le monde sort gagnant.

285 Je m'inquiète du fait que le sondage actuel effectué par l'un des CSTSO pour déterminer le point de vue des membres concernant l'établissement d'un CSTSO à l'extérieur de la base n'est mené qu'auprès des patients actuels du CSTSO. Même si je suis certain que leur contribution sera valable, le but principal est d'inciter les militaires qui ne l'ont pas encore fait à obtenir un traitement. Ce sondage ne permet pas d'établir le nombre de militaires qui font partie de cette catégorie. Afin d'obtenir une image plus complète de la situation, les FC devraient aussi effectuer un sondage auprès des militaires qui reviennent de l'Afghanistan afin de déterminer qu'elle serait leur préférence s'ils voulaient obtenir de l'aide en raison d'un TSO.

286 Le DGS San a demandé une période de grâce pour terminer l'analyse. Je conviens que si les FC mettent en place un projet pilote, elles devraient se fonder sur une recherche approfondie et objective, et j'ai hâte de prendre connaissance de l'analyse. Je vais surveiller de près les progrès du DGS San tandis qu'il étudie cette recommandation.

287 J'encourage également les services de santé à écouter les militaires et le personnel soignant qui travaillent sur le terrain à ce sujet et à donner une chance au projet pilote recommandé.

Recommandation 27

288 Les Forces canadiennes prennent des mesures pour faire face aux problèmes de stress et d'épuisement professionnel causés, au sein du personnel soignant, par le manque de ressources et des charges de travail trop élevées.

Réaction des FC

289 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite.

290 Une série de recommandations visant à assurer des « soins adéquats aux soignants » ont été élaborées et ont reçu l'appui du DGS San. Soulignons l'exigence d'un programme officiel de supervision clinique (une heure par semaine pour chaque clinicien), la nécessité d'avoir recours à un conseiller externe pour appuyer les cliniciens des CSTSO et la nécessité d'organiser régulièrement des exercices visant à favoriser l'esprit d'équipe.

291 Le FC se sont également engagées à régler immédiatement les problèmes de dotation pour que les charges de travail soient raisonnables. On créera également des postes d'administrateurs de soins de santé mentale dans chacune des cliniques comptant un CSTSO afin de soulager les employés de la clinique d'une partie du fardeau administratif.

292 Afin de mieux mesurer l'ampleur de l'épuisement professionnel dans les FC, le DGS San effectue actuellement une analyse du nombre de fournisseurs de soins de santé qui sont actuellement absents de leur travail en raison du stress et de l'épuisement professionnel. Le personnel de l'aumônier général tient à jour une base de données permettant de contrôler le bien-être et le fonctionnement des aumôniers de la Force régulière au regard d'un certain nombre de critères, notamment le stress et l'épuisement professionnel. Le ASPFC effectuera un sondage auprès des CRFM qui font face aux questions de SSPT et déterminera l'étendue des problèmes de

stress et d'épuisement professionnel chez ces employés. De plus, les employés du ASPFC examineront la possibilité d'adopter le programme de supervision clinique du DGS San pour leurs propres conseillers.

Analyse

293 Cette recommandation visait à attirer l'attention sur les souffrances de nombreux employés militaires et civils dévoués qui tentent d'améliorer la qualité de vie des membres des FC, souvent avec des ressources insuffisantes et dans des conditions de travail stressantes. Un des travailleurs sociaux a décrit de la façon suivante ce qui arriverait si des activités de sensibilisation devaient s'ajouter à sa charge de travail : « S'ils veulent m'en faire faire plus, j'y arriverai plus. »

294 Des postes d'administrateurs des soins de santé mentale ont été créés dans les CSTSO que nous avons visités. Il est encore trop tôt pour déterminer avec certitude dans quelle mesure ces postes allégeront le fardeau administratif des travailleurs de première ligne. On nous a dit que dans au moins un CSTSO le soutien administratif offert au personnel soignant est encore insuffisant, puisqu'il n'y avait qu'un seul commis administratif pour 21 cliniciens en activité.

295 Comme le souligne la recommandation 1, il est difficile d'obtenir, pour l'ensemble des FC, des statistiques précises sur le nombre de personnes qui souffrent de TSO. Toutefois, certaines observations prouvent que le nombre de patients connaît une forte augmentation. Par exemple, dans un CSTSO, il y a eu 113 nouveaux cas de TSO entre janvier et juillet de cette année, comparativement à 120 cas au total en 2001 et à 105 cas au total, en 2000. ACC signale que les cas de SSPT sont passés de 30 à 120 pour la région de Saskatoon à Thunder Bay sur une période de 18 mois qui a pris fin en juin 2002. Un bureau de services sociaux des FC a signalé qu'il y avait 37 dossiers actifs de SSPT en décembre 2001, dont 21 avaient été ouverts dans les six mois précédents.

296 Toutefois, il semblerait que, dans certains centres, les charges de travail deviennent plus gérables, même si cette conclusion ne se fonde sur aucune analyse scientifique. Dans au moins un CSTSO que nous avons visité, le nombre de cas adressés à l'extérieur avaient diminué.

297 Mes enquêteurs ont remarqué que l'incidence du stress et de l'épuisement professionnel chez le personnel soignant qu'ils ont interrogé était extrêmement élevée. On peut aussi s'inquiéter des intenses conflits en milieu de travail qui existent en certains endroits – dans certains cas, des employés ont dit que leur milieu de travail était carrément empoisonné. Pour cette raison, les FC ont perdu bien du personnel soignant expérimenté et dévoué. Elles ne pouvaient pourtant pas se le permettre. De nombreuses personnes qui ont une connaissance approfondie des FC jettent le blâme sur les frictions qui existent entre la culture militaire et civile, et le fait qu'on ne sache pas exactement qui est responsable. D'autres jettent le blâme sur les conflits entre les médecins et les autres professionnels de la santé qui surviennent même dans les milieux civils. Le recours à des tiers pour trouver du personnel était habituellement vu d'un mauvais œil du point de vue de la culture militaire parce que cette pratique créait des incertitudes quant à la sécurité d'emploi et une bureaucratie supplémentaire qui brouillait la structure hiérarchique et exacerbait des frictions au sein même de l'organisation. Enfin, l'utilisation d'une autre catégorie de personnel dans le milieu de travail, ayant des exclusions et des droits différents, rend encore plus difficile l'établissement d'un esprit d'équipe. On doit par ailleurs admettre que les tensions dans certains milieux de travail n'ont pas de répercussions sur l'excellente qualité des soins dispensés aux patients. Toutefois, il ne fait aucun doute qu'il y a un prix à payer et pas seulement pour le personnel soignant, mais aussi pour les FC et les patients.

Conclusion

298 Les FC continuent de perdre un excellent personnel soignant en raison de la surcharge de travail et, parfois, en raison d'une piètre gestion du milieu de travail. Les problèmes liés au stress, aux tensions en milieu de travail et à la difficulté d'obtenir un esprit d'équipe persistent et ont été exacerbés par le fait qu'on fasse beaucoup appel à des agents contractuels. Cela crée des défis supplémentaires. Il faut continuer de faire tous les efforts possibles pour résoudre ce problème.

Recommandation 28

299 Les Forces canadiennes prennent des mesures pour améliorer les programmes de soutien aux familles des membres atteints du SSPT, partout et à tous les niveaux.

Réaction des FC

300 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite. Les programmes de soutien aux familles sont abordés dans la quatrième partie du programme de SSVSO. De plus, il existe actuellement un certain nombre d'initiatives distinctes dans les CRFM de tout le pays où les conseillers en prévention et en intervention s'intéressent de près à la question – surtout en ce qu'elle touche les familles. Les CRFM sont également des membres permanents des équipes d'intervention en situation de crise sur la base et de SVIC [séance de verbalisation suivant un incident critique], en plus des fonctions d'aiguillage, ils participent à tous les exposés avant et après les déploiements. Le site Web « Le SSPT et la famille » est actuellement en cours de révision et devrait être affiché sur le site Web de l'ASPFC. Dès 2002, on commencera à travailler sur le détail de la mise en œuvre de cette recommandation de la façon la plus efficace possible, et la mise en œuvre proprement dite devrait avoir lieu en 2003-2004.

Analyse

301 Mon premier rapport contenait cette recommandation afin de souligner la rareté des ressources disponibles pour aider les membres de la famille des militaires qui souffraient du SSPT et d'autres TSO. Les enfants de tous âges, les conjoints, et même les parents des militaires qui souffrent de TSO sont touchés, et les FC doivent faire davantage pour les aider.

302 Le soutien par les pairs offert par l'entremise du programme de SSVSO constitue un excellent premier pas, mais le SSVSO n'est actuellement pas en mesure de s'occuper de toute la gamme de problèmes qui touchent les familles. Le SSVSO s'est doté d'un plan

d'expansion qui permettra d'élargir son champ d'action afin d'offrir un soutien aux familles touchées par des problèmes liés aux traumatismes causés par le stress au cours des prochaines années. Malheureusement, il faut permettre à ce concept d'évoluer lentement afin de permettre au programme de se constituer une expertise avant de s'occuper de toutes les questions liées aux TSO. La réponse aux demandes de plus en plus grandes de services de SSVSO est limitée par le budget actuel. Cela n'a pas empêché des pairs-coordonnateurs du SSVSO de s'engager à aider des familles dans certaines situations, mais le nombre de ces coordonnateurs est tout simplement trop limité pour élargir ces services à court terme.

303 Les CRFM constituent un excellent outil permettant d'appuyer la famille des membres des FC. Mes enquêteurs ont été très impressionnés par le dévouement et les efforts déployés par les CRFM dans toutes les FC et par l'excellent personnel dont ils sont dotés (professionnels et bénévoles). Toutefois, trop souvent, ils doivent relever des défis trop nombreux pour vraiment pouvoir répondre aux besoins des familles.

304 Comme pour tout le personnel soignant, la confidentialité des renseignements est un point très important dans les CRFM, et lorsqu'ils ont été créés, on ne croyait pas qu'ils devraient un jour traiter des renseignements de nature très délicate. Par exemple, les CRFM n'ont pas accès aux documents protégés B, comme les listes de militaires déployés, en raison de la nature délicate de cette information. Cela nuit à leur capacité d'intervenir dans certaines circonstances. Les CRFM doivent de plus faire face à un problème de communication unique, puisqu'ils ne font pas partie de la chaîne de commandement médicale ou opérationnelle normale. Ainsi, il arrive souvent qu'ils n'aient pas accès à certains renseignements. En outre, ils sont souvent handicapés par leur manque de ressources.

305 La Légion royale canadienne constitue une précieuse ressource qui n'est pas encore utilisée au maximum. La Légion offre une grande diversité de services aux anciens combattants et à leur famille pour s'assurer qu'ils connaissent les prestations et les programmes qui leur sont offerts et qu'ils y ont accès. La Légion travaille en collaboration avec le SSVSO, les CRFM et les ACC pour les questions liées aux TSO.

Conclusion

306 Il faut travailler davantage dans ce domaine. Même s'il y a de bonnes intentions et des projets d'élargir les services aux familles par le truchement du projet de SSVSO, celui ci n'a actuellement pas la capacité ni le budget qu'il lui faudrait pour répondre à tous les besoins des familles à court et à moyen termes. De même, les CRFM ont besoin de plus de ressources et de meilleurs moyens de communication si l'on veut qu'ils assument une plus grande part de responsabilité dans la prestation de services aux membres des familles. D'excellentes initiatives ont été mises en place dans les CRFM que nous avons visités, et elles pourraient certainement améliorer la vie des militaires si elles étaient présentes dans tous les centres. J'ai hâte de voir s'accroître la collaboration entre le MDN et les FC et la Légion royale canadienne.

Recommandation 29

307 Les Forces canadiennes continuent de soutenir l'initiative de Soutien social aux victimes de stress opérationnel et allouent des ressources suffisantes pour étendre cette initiative ou des programmes similaires à l'ensemble de l'organisation.

Réaction des FC

308 On soutient pleinement cette recommandation et on y a déjà donné suite. Le DSBA a déjà accordé des ressources au SSVSO et a embauché des pairs-coordonnateurs pour le projet pilote de réseau de soutien par les pairs qui a débuté en février 2002. De plus, le DGS San a embauché un travailleur social civil (ancien membre des FC) qui sera une ressource consacrée exclusivement au SSVSO; cet expert en santé mentale apportera une contribution clinique sur le SSPT à toutes les étapes du projet de SSVSO.

Analyse

309 Le SSVSO a beaucoup progressé depuis qu'il est devenu opérationnel en mars 2002. Actuellement, il compte quatre pairs-coordonnateurs qui sont à Edmonton, Winnipeg, Petawawa et St. John's. Quatre autres pairs-coordonnateurs termineront leur formation d'ici novembre 2002. Au 7 octobre 2002, le projet de SSVSO traitait ou avait traité 215 cas. Les pairs-coordonnateurs du SSVSO sont appuyés par des employés à temps plein eux-mêmes aidés par les ACC.

310 Selon le maj Stéphane Grenier, gestionnaire du projet de SSVSO, les FC ont apporté leur appui en fournissant des ressources. Toutefois, les demandes en services ont été plus élevées que prévu, et certains cas ont exigé une certaine souplesse dans l'affectation des ressources disponibles. Par exemple, les visites à Edmonton des employés du Centre de Sainte-Anne-de-Bellevue et une visite d'un ancien combattant de la guerre du Vietnam qui a aidé le pair-coordonnateur à mettre sur pied un groupe de soutien n'étaient pas des dépenses prévues, et on a dû aller puiser dans le budget. Le SSVSO prévoit également créer un programme de soutien des familles, mais « le financement reste une préoccupation » selon le

procès-verbal de la réunion du comité sur le TSO qui a eu lieu le 1er octobre 2002.

311 Dans l'ensemble des Forces canadiennes et au ministère des Anciens combattants, mes enquêteurs n'ont entendu que des éloges pour le SSVSO. Le commentaire recueilli auprès d'un travailleur du CRFM était typique de la réaction générale : « c'est une idée formidable! » Le SSVSO a fait de la santé de ses employés une priorité et tentera de régler le problème de la charge de travail qui aurait des répercussions négatives sur eux.

312 Mon Bureau a également été témoin du succès du projet de SSVSO à l'œuvre dans des cas particuliers et du dévouement et de l'engagement des pairs-coordonnateurs du SSVSO. Après la publication du premier rapport, mon Bureau a reçu et continue de recevoir des appels des membres des FC qui souffrent de TSO qui ont passé entre les mailles du système et qui, bien souvent, auraient besoin d'une aide immédiate. Dans certains cas, nous avons pu travailler directement avec les pairs-coordonnateurs du SSVSO afin de faciliter l'aiguillage et nous avons constaté des résultats immédiats : un soutien fourni au militaire et l'instauration d'une coordination pour aider le militaire à obtenir un traitement et des ressources. Par exemple, un avocat de la Couronne a récemment communiqué avec mon Bureau relativement à une personne atteinte du SSPT qui a dû faire face au système de justice pénale en partie en raison d'un TSO. L'avocat de la Couronne a communiqué avec nous parce qu'il s'inquiétait du fait que cette personne ait été coupée du système de soins de santé des FC et qu'elle n'ait peut-être pas reçu les traitements et le suivi dont elle avait besoin. Mon Bureau a pu faciliter la participation du SSVSO, qui avait déjà communiqué avec le militaire. Un pair-coordonnateur du SSVSO s'est tout de suite rendu à l'endroit où le militaire était détenu, a fourni un soutien au militaire et à sa famille et a réussi à obtenir le transfert de la personne dans un centre de traitement.

313 Mes enquêteurs ont également participé à une partie des premiers cours de formation du SSVSO et à ceux qui ont suivi et étaient présents lorsque les pairs-coordonnateurs du SSVSO se sont adressés aux groupes des FC. Ils ont constaté que les pairs-coordonnateurs, en raison de leurs antécédents, étaient des éducateurs efficaces et très crédibles. Comme le souligne la recommandation 11, dans le cadre du projet de SSVSO, on cherche à créer une base de données contenant les membres et les anciens membres des FC qui ont connu le stress opérationnel et qui, sans être des pairs-coordonnateurs, seraient prêts à faire des exposés sur les sujets liés aux TSO. C'est une excellente idée.

314 Je suis également satisfait du fait que le SSVSO ait « une place à table » au comité sur les TSO. Il s'agit toutefois d'une participation consultative, puisqu'il n'est pas membre à part entière. Le SSVSO a également fait un exposé au comité sur ses activités à la réunion du 1er octobre 2002.

Conclusion

315 Je félicite les FC d'appuyer cette initiative, et je les presse de continuer dans cette voie. Il faudrait affecter plus de ressources au projet à mesure qu'il prend de l'ampleur, selon ses besoins grandissants. Je crois que le SSVSO s'est révélé un outil extrêmement précieux pour aborder les problèmes liés aux TSO auxquels font face les FC et qui menacent son efficacité opérationnelle. Le SSVSO contribuera de façon appréciable au changement de culture requis pour combattre les stigmates liés aux TSO de façon à garantir que les membres des FC qui souffrent d'un TSO n'ont pas peur de sortir de l'ombre pour obtenir l'aide dont ils ont besoin le plus rapidement possible. Mon personnel a entretenu des liens étroits avec les employés du SSVSO tout au long de l'enquête et continuera de le faire. Il est clair que le succès de ce projet est attribuable en grande partie à la détermination et au leadership du maj Stéphane Grenier, au soutien constant de la chaîne de commandement, y compris du lcol Dave Wrather et du lgén Christian Couture, et de l'engagement et du dévouement des coordonnateurs-pairs du SSVSO. Ils méritent tous que nous soulignions leur excellent travail.

Recommandation 30

316 Les Forces canadiennes revoient de façon exhaustive les règles traitant de la confidentialité des renseignements médicaux. Dans l'immédiat, les bris de confidentialité doivent être traités de manière visible et rapide afin de rétablir la confiance dans la détermination des Forces canadiennes à protéger les renseignements personnels.

Réaction des FC

317 On soutient pleinement cette recommandation et on y a en partie donné suite. CANFORGEN 026/00 SMA (RH-Mil) 181430Z FEB 00 « Divulgation de renseignements médicaux ou de travail social aux officiers commandants » a été adoptée et indiquait que les renseignements médicaux ne devaient pas être divulgués aux commandants sans le consentement du militaire. Ce message abordait les principes de base en vue de faire correspondre la politique des FC dans ce domaine à la politique qui a cours dans le monde civil. Son contenu a été présenté aux fournisseurs de soins de santé des FC. On espère que tous les fournisseurs de soins de santé des FC respectent cette communication. Le cas de ceux qui y dérogent sera traité de façon appropriée.

318 Le Service de santé des Forces canadiennes a déjà entrepris un examen approfondi des politiques des FC concernant le respect de la vie privée et la confidentialité des renseignements médicaux. Cet examen comprend une large consultation des experts militaires et civils et se traduit par la production d'une ébauche de directive et ordonnance administratives de la Défense (DOAD) à ce sujet. Les DOAD harmonisent les politiques des FC avec celles adoptées dans le monde civil au Canada. Les DOAD doivent maintenant subir un examen complet, puis pourront être adoptées dans l'ensemble des FC.

319 Parallèlement aux DOAD, on a également produit une ébauche d'Instructions des services de santé des Forces canadiennes (ISS FC). Ce document fournit une

orientation détaillée aux fournisseurs de soins de santé et couvre certains des aspects les plus complexes de la protection des renseignements personnels sur la santé. Cette instruction sera diffusée aux fournisseurs de soins de santé des FC une fois que les DOAD sur lesquelles elle se fonde auront reçu l'approbation finale.

Analyse

320 Il faut respecter un équilibre délicat entre la confidentialité et la nécessité de communiquer les renseignements dont ont besoin les commandants et les décideurs pour faire leur travail. Mes enquêteurs se sont inquiétés, avec raison, de certains cas où la confidentialité des renseignements personnels n'avait pas été respectée, cas dont ils ont pris connaissance pendant la première enquête sur la plainte déposée par le cpl McEachern. Lorsqu'un renseignement personnel sur la santé d'un patient est révélé de façon inadéquate, on a affaire à un cas de violation de la vie privé. Toutefois, il est clair qu'il y a deux côtés à la médaille de confidentialité, et que les communications entre le milieu soignant et la chaîne de commandement opérationnelle sont nécessaires. En mettant seulement l'accent sur le problème d'une trop grande divulgation, on oublie les dangers potentiels pour la santé et le bien-être des membres des FC et de leur famille, et même d'autres personnes, du fait de divulguer trop peu de renseignements. Il est évident que les services médicaux des FC s'efforcent de trouver le bon équilibre entre en dire trop et en dire trop peu. De toute évidence, ce problème reste en suspens. Un commandant de la base nous a dit qu'il « ne pouvait pas imaginer comment les problèmes de communication entre la chaîne de commandement opérationnelle et les professionnels de la santé pourraient être pires. »

321 De toute évidence, la question de la confidentialité des renseignements personnels est au centre des préoccupations du milieu des soins de santé des FC, mais inquiète encore davantage les membres des FC qui souffrent ou qui pourraient souffrir de TSO. Des sources fiables nous ont révélé que plusieurs membres qui sont récemment revenus d'Afghanistan refusent d'aller chercher de l'aide même s'ils souffrent peut-être d'un TSO. Leurs réticences s'expliquent en partie par le fait qu'ils croient que leur dossier médical ne restera pas confidentiel. Un des commentaires les plus alarmants que nous ayons entendus pendant notre enquête est celui d'un membre chevronné, expérimenté et très dévoué du

personnel d'un CSTSO qui nous a dit : « Si j'étais un soldat, je ne viendrais pas ici. Il n'y a pas de vraie confidentialité. Tout le monde sait que vous êtes ici. Nous ne pouvons pas protéger votre dossier. Si j'étais l'un de mes clients, j'aimerais plutôt obtenir un traitement privé. »

322 La section 5.B.(2) du CANFORGEN 100/00 se lit comme suit : « Le coordonnateur des soins de santé (CSS) informera le commandant des limitations d'emploi du militaire, incluant l'information de cas ou si le militaire est susceptible de retourner en devoir à temps plein sans limitation. » On a signalé à mes enquêteurs que d'importants efforts de sensibilisation sont faits dans l'ensemble des FC. Pendant un « blitz » au printemps 2002, le personnel soignant a assisté à une séance d'information sur les renseignements qui pourraient être fournis à la chaîne de commandement, et dans quelles circonstances on pouvait les fournir. On a demandé à chaque région de passer en revue quels étaient les niveaux de connaissances dans ce domaine. Toutefois, la question de base reste la communication des renseignements. Selon un membre haut gradé du Groupe médical des Forces canadiennes (GMFC), « Il est de plus en plus difficile d'aider les soldats lorsque vous ne pouvez pas aborder des points précis. »

323 Dans tous les cas où la question de la confidentialité des renseignements a été abordée avec le personnel soignant au cours de l'enquête, on a remarqué une très grande connaissance des règles. De même, la plupart des fournisseurs de soins reconnaissaient immédiatement la difficulté que représentait le fait de fournir suffisamment de renseignements aux responsables de la chaîne de commandement opérationnelle pour leur permettre de faire leur travail. L'autre difficulté réside dans le fait d'expliquer les règles de confidentialité aux militaires et de faire en sorte qu'ils reprennent confiance envers le système. En fin de compte, la façon la plus efficace de réduire les préoccupations des militaires concernant la protection des renseignements personnels pourrait être d'éliminer les stigmates liés aux problèmes de santé mentale. Une autre façon serait de faciliter les changements administratifs mentionnés ailleurs dans le présent rapport pour faire en sorte que les militaires qui souffrent de TSO restent au sein des FC à titre de membres importants et utiles. Trop souvent, les militaires craignent de révéler leur problème de TSO parce qu'ils croient que cela équivaudra à « se retirer des Forces canadiennes. »

324 Un sujet d'inquiétude au cours de la première enquête était la mise en commun de renseignements entre les autorités médicales des ACC et du MDN. Les membres des FC et certains employés des ACC s'étaient véritablement préoccupés du fait que cela mènerait à des

violations de la confidentialité. Mes enquêteurs n'ont pas vu cette crainte se réaliser. En fait, ils se sont rendu compte que les préoccupations entourant cette question avaient pratiquement disparu. Même si quelques personnes exprimaient encore des réserves, aucune preuve de divulgation de renseignements confidentiels n'a été mise au jour. Par contre, les questions liées aux renseignements confidentiels soulevées par l'initiative de renouvellement des soins de première ligne (IRSP) entreprise par le DGS San soulèvent d'importantes préoccupations. Selon le processus de l'IRSP, les notes prises par les fournisseurs de soins de santé mentale (y compris les travailleurs sociaux) feraient partie d'un dossier médical général du militaire et seraient donc accessibles aux professionnels de la santé qui n'œuvrent pas dans le domaine de la santé mentale. Ces notes contiennent souvent des renseignements personnels et de nature très délicate. Cette initiative, sous sa forme actuelle, est considérée par bien des fournisseurs de soins de santé mentale avec lesquels nous avons discuté comme étant une étape inutile et rétrograde qui effriterait davantage la confiance des membres envers la confidentialité de leur dossier. Dans certains cas, des membres des FC qui avaient été mis au courant de la politique ont refusé le traitement. Apparemment, la justification de l'ajout des notes du clinicien au dossier médical général du militaire est le peu de communication entre les fournisseurs de soins de santé mentale et les médecins militaires. Les médecins militaires ont dit qu'ils avaient besoin d'obtenir des détails sur la santé mentale du patient pour pouvoir lui offrir un traitement adéquat.

Conclusion

325 La protection des renseignements personnels sur la santé est un enjeu important. Toutefois, dans une organisation comme les FC, la capacité d'établir des communications efficaces entre le milieu soignant et la chaîne de commandement opérationnelle en vue de la protection des membres et de la société en général, est tout aussi importante. Le milieu médical des FC s'efforce de protéger la confidentialité des renseignements médicaux, et la connaissance des règles entourant la confidentialité des renseignements médicaux est très élevée au sein du milieu médical. Le degré de préoccupation concernant la protection des renseignements personnels liés au TSO reste élevé et empêche encore certains militaires d'aller chercher l'aide dont ils ont besoin. Je ne crois pas qu'il serait difficile de parvenir à un compromis sur la mise en commun des renseignements entre les médecins militaires et les professionnels de la santé mentale. À coup sûr, il est possible de

fournir suffisamment de renseignements pour répondre aux besoins des médecins militaires sans divulguer l'ensemble du dossier.

326 En fin de compte, nous croyons que les membres des FC refusent d'aller de l'avant et d'aller chercher de l'aide parce qu'ils ne savent pas qui aura accès à leur dossier médical. Dans bien des cas, ces préoccupations concernant la confidentialité ont trait directement aux stigmates liés aux TSO, qui sont très tenaces, et à la crainte que les membres qui souffrent de TSO ne seront pas bien traités par le système et finiront par être libérés du service.

Recommandation 31

327 Les Forces canadiennes créent un poste de coordonnateur pour le SSPT, poste relevant directement du CEMD et destiné à coordonner toutes les activités relatives au SSPT dans l'ensemble des Forces canadiennes.

Réaction des FC

328 On reconnaît que les FC doivent adopter une démarche holistique pour aborder la question des traumatismes liés au stress opérationnel, le plus connu de ces traumatismes étant le SSPT. Toutes les principales activités cernées par l'Ombudsman des FC (santé mentale, soutien aux familles, bien-être spirituel, rémunération et avantages sociaux, élaboration de politiques, éducation et formation (et leur prestation dans les établissements des FC)) sont du ressort du SMA (RH-Mil), qui relève du CEMD. Il est donc évident que le SMA (RH-Mil) est déjà *de fait* coordonnateur des TSO au sein des FC. Pour aider le SMA (RH-Mil) à assumer ses responsabilités et pour s'assurer de la participation active de toute la chaîne de commandement, il faudra créer un comité directeur constitué des principaux intervenants, y compris les commandants adjoints d'armées. Le comité directeur mettra en place une façon officielle d'examiner les questions liées aux TSO. Le mandat de ce comité directeur sera de coordonner, au besoin, les questions liées aux TSO, et on fera connaître son mandat en temps opportun.

329 Le Comité directeur a été mis sur pied, et ses membres se sont réunis plusieurs fois. Le CEMD a nommé une conseillère spéciale, la capitaine de vaisseau Judy Harper, aidée de l'adjudant-chef des FC, qui apporteront une contribution directe à la question.

330 Le Comité sur les TSO, dont font partie les CEMA adjoints et des représentants des secteurs opérationnels, médicaux, sociaux, professionnels, familiaux, stratégiques et de l'éducation, s'est réuni le 21 mai 2002. Le but confirmé du Comité est de

sensibiliser tous les membres des FC aux questions liées aux TSO et de les faire mieux accepter, et d'harmoniser les politiques des FC afin d'appuyer ces initiatives. On a également réitéré le fait que le Comité devait examiner l'ensemble des questions liées au stress et qu'il ne se limiterait pas aux problèmes découlant des déploiements opérationnels.

Analyse

331 Un grand nombre d'autorités disparates au sein des FC, relevant souvent de différentes chaînes de commandement, influent sur la façon dont les FC traitent les TSO. En fait, dans certains cas, le SMA (RH-Mil) n'a aucun pouvoir sur la façon dont les FC abordent les TSO. Par exemple, les commandements des armées jouent un rôle essentiel, tout comme la Police militaire, mais ni l'un ni l'autre ne relève du SMA (RH-Mil). Donc, rien n'indiquait vraiment que le SMA (RH-Mil) était, de fait, le coordonnateur des TSO au sein des FC.

332 Par ailleurs, il m'a semblé évident qu'une démarche globale était nécessaire pour s'assurer que les FC cernaient bien les enjeux liés aux TSO. Pour atteindre ce but, je recommande que les FC créent un poste de coordonnateur du SSPT qui serait responsable des divers intervenants, dont le SMA (RH-Mil) serait le plus important, mais pas le seul. Cette personne, qui relèverait directement du CEMD, serait responsable d'assurer une coordination constante entre tous les intervenants des FC.

333 J'ai eu de nombreuses discussions avec le CEMD concernant la mise en œuvre de cette recommandation. Nous avons fini par convenir du modèle qui a été mis en place : une conseillère spéciale relevant directement de lui, et un Comité directeur, composé des principaux décideurs parmi les intervenants des FC. J'ai indiqué que je superviserais son efficacité.

334 La capitaine de vaisseau (captv) Judy Harper a été nommée conseillère spéciale du CEMD pour les TSO. Son mandat a été rendu public par le CEMD le 12 juillet 2002. On peut y lire : « L'affectation de la conseillère spéciale du CEMD pour les traumatismes liés au stress opérationnel constitue une tâche secondaire. » La conseillère rencontre le CEMD « régulièrement » mais relève du SMA (RH-Mil) pour ses activités quotidiennes. Selon son mandat, elle doit : « jouer un rôle de chef de file pour représenter les intérêts du CEMD lorsque des solutions sont mises en œuvre et travailler en étroite collaboration avec le Comité et les

chefs d'état-major d'armée. » Elle a également le mandat d'établir « une relation de travail avec les CEMA de tous les niveaux, stratégiques, locaux ou tactiques afin de déterminer les exigences liées au respect des politiques et des procédures en matière de TSO et d'établir des rapports à ce sujet. » Elle doit « présenter régulièrement des rapports au CEMD et au Comité sur les TSO au sujet de la conformité des programmes et de leur respect. » La captv Judy Harper est également DPIE. Le premier maître de 1re classe Richard Lupien, qui est adjudant-chef des Forces canadiennes, l'aide à effectuer les tâches liées aux TSO.

335 Le Comité sur les TSO est composé des principaux intervenants des FC, dont les chefs d'état-major adjoints des Forces terrestre, aérienne et maritime, du DGS San, du Directeur général – Carrières militaires, d'un représentant supérieur du SCEMD, de l'aumônier général et du Chef du Service de santé. Le Comité sur les TSO compte un certain nombre de conseillers, qui ont participé à la première réunion du 21 mai 2002, y compris le DSBA, le chef des travailleurs sociaux des FC et le chef de l'équipe de santé mentale du GMFC. Il compte également un observateur des ACC. Le Comité sur les TSO a un mandat très large et doit, selon ses attributions « régler les problèmes » que j'ai soulevés dans mon premier rapport. Un de ces buts principaux est de

336

> « s'assurer que la chaîne de commandement s'engage activement et à tout moment dans toute situation à favoriser un changement culturel au sein des FC afin de créer un environnement qui offre plus de soutien, de mieux comprendre les enjeux à tous les niveaux et de garantir une collaboration et un travail ciblés afin que les militaires retrouvent la santé et retournent au travail. »

337 Le Comité sur les TSO est présidé par le SMA (RH-Mil), le lgén Couture, et, selon ses attributions, devrait se réunir tous les trimestres ou plus souvent si le besoin s'en fait sentir. Comme le souligne le procès-verbal de sa première réunion de mai 2002, le lgén Couture « met l'accent sur le fait qu'il s'agit non pas simplement d'un comité parmi tant d'autres, mais d'une tentative d'établir un processus afin de s'assurer que les questions soulevées dans le premier rapport et dans d'autres initiatives sont traitées sans dédoublement des efforts et sans contradiction. »

338 Le Comité sur les TSO s'est réuni pour une deuxième fois le 1er octobre 2002. J'ai été heureux de constater que le pouvoir de prise de décisions des membres qui y ont participé n'a pas été dilué de façon importante. Dans son allocution d'ouverture, le lgén

Couture a mis l'accent sur « l'importance du Comité en tant que forum qui permettrait d'offrir le leadership et l'orientation nécessaires pour régler l'ensemble des problèmes touchant les TSO. » La rencontre a porté sur divers sujets, et des extraits des délibérations sont inclus au besoin dans l'analyse de chacune des recommandations. Le directeur des Services professionnels de Sainte-Anne-de-Bellevue a fait une allocution sur les initiatives des ACC en matière de TSO, et le maj Grenier a, quant à lui, présenté aux membres les nouvelles initiatives liées au projet de SSVSO. J'ai également été satisfait de l'intervention d'un commandant d'un groupe tactique récemment déployé qui a parlé des problèmes de TSO d'un point de vue opérationnel.

339 Le degré de collaboration entre la conseillère spéciale du CEMD pour les TSO et les enquêteurs de l'Ombudsman a été excellent tout au long de l'enquête. La situation des TSO au sein des FC est un ensemble multidimensionnel et complexe de problèmes interreliés, et il faudra du temps pour toute personne, même très dévouée, qui veut bien les saisir. Une entrevue avec la captv Harper et l'adjuc FC qui a eu lieu le 18 juillet 2002 a révélé qu'ils n'étaient pas au courant des progrès du Ministère dans un certain nombre de secteurs clés, mais cela est tout à fait compréhensible puisque leur mandat n'avait été arrêté que six jours auparavant. J'ai su que les conseillers spéciaux avaient participé à un certain nombre de séances d'information sur les TSO après cette réunion. Mes enquêteurs les ont rencontrés une deuxième fois le 23 septembre 2002, et même s'ils ont encore beaucoup d'éléments à maîtriser et qu'ils n'ont pas encore rencontré les gens de terrain, il était évident qu'ils connaissaient beaucoup mieux le sujet. Je sais qu'ils ont l'intention de se rendre à Edmonton à la fin d'octobre pour recueillir des renseignements sur le terrain. Les conseillers spéciaux pour les TSO devront à tout prix, au cours de leur voyage, concentrer leurs efforts sur les discussions avec les fournisseurs de soins et les membres du milieu opérationnel chez les travailleurs pour s'assurer qu'ils correspondent aux résultats pratiques et non aux plans figurant sur papier.

Conclusion

340 Pendant les visites sur place de mes enquêteurs, il était évident qu'il y avait encore place à la coordination et à la collaboration dans certains secteurs. Des exemples ont déjà été fournis dans certaines recommandations. En général, nous avons remarqué que le niveau de coordination et de collaboration sur le terrain ne s'est pas amélioré. À cet égard, je me préoccupe particulièrement du fait

que les unités ne semblent pas recevoir, dans une grande mesure, une formation sur les TSO. Je crois que la coordination entre les commandements des armées et la chaîne de commandement des soins de santé pourrait régler ce problème relativement facilement, en respectant de façon générale les recommandations contenues dans l'examen du DPIE. Il s'agit d'un très bon exemple d'un cas où les responsabilités pour la mise en œuvre des activités de soutien relatives aux TSO sont divisées entre la chaîne de commandement opérationnelle (qui, en fin de compte, relève de la chaîne de commandement des armées) et la chaîne de commandement médicale (qui relève de la chaîne de commandement du SMA (RH-Mil).

341 Dans le cas de l'instruction continue d'une unité, il incombe à l'unité de demander la formation, et c'est le CSTSO qui est responsable, de concert avec le SSVSO et d'autres ressources, au besoin, de la fournir. Si l'instruction continue ne s'améliore pas, c'est peut-être parce que les unités n'en font pas la demande – comme c'est le cas dans l'une des grandes bases où nous nous sommes rendus – ou peut-être en raison de l'incapacité du CSTSO ou du SSVSO de libérer des ressources pour l'élaborer ou pour l'offrir. Dans un cas comme dans l'autre, il est difficile de désigner un responsable, mais il est clair que la coordination n'est pas encore au point.

342 Par ailleurs, les CRFM ne sont pas entièrement intégrés au réseau de soins, et on laisse ainsi passer de bonnes occasions de mettre de l'information en commun. En fait, on nous a dit qu'au sein même des CRFM, la plupart des renseignements sur les TSO qui sont distribués sont colligés et (ou) élaborés localement. On nous a fourni un exemple précis : lorsque le CRFM local a voulu obtenir une formation sur le stress dû à un incident critique (SDIC), le CRFM a trouvé et financé une organisation municipale pour s'en occuper. Le travailleur du CRFM a également décrit le dédoublement de services et une absence d'axes de responsabilité clairement définis. Un autre travailleur social nous a confié : « Le degré élevé de territorialité confirme la capacité des divers organismes d'aide de communiquer entre eux. » Par ailleurs, nous avons su que certains CRFM avaient recours à des CSTSO pour leurs activités relatives aux TSO. De toute évidence, il pourrait y avoir davantage de coordination entre les CRFM et les autres organisations.

343 Il est encore trop tôt pour déterminer si la conseillère spéciale du CEMD pour les TSO, selon la formule actuelle, fonctionnera en pratique. La création d'un poste de conseillère spéciale est de très

bon augure, mais toutes mes préoccupations n'ont pas été dissipées puisque le poste est à temps partiel. La titulaire a beaucoup d'autres lourdes tâches à remplir y compris celle de DPIE, et il est difficile de déterminer de quelle façon elle pourra consacrer le temps et les efforts requis pour cette tâche, même avec l'aide de l'adjudant-chef FC, qui lui-même a de nombreuses autres responsabilités. Cela dit, mes enquêteurs ont été impressionnés par leur volonté de cerner les enjeux, et j'ai hâte de constater les résultats concrets qui pourraient en découler à court terme.

344 Tout d'abord, le CEMD a pris la bonne décision en nommant une conseillère spéciale sur les TSO qui ne fait pas partie du milieu médical. Cela renforce le message très important selon lequel le SSPT et autres traumatismes liés au stress sont une responsabilité directe de la chaîne de commandement, plutôt qu'un simple problème médical. Pour traiter efficacement les TSO, il faut avoir recours à un élément médical évident et très important, mais c'est la chaîne de commandement qui doit fournir l'élément de leadership.

345 La création du Comité sur les TSO représente une évolution très positive. En fixant comme but de sensibiliser davantage tous les membres des FC aux questions touchant les TSO et de les leur faire mieux accepter et harmoniser les politiques des FC, afin d'appuyer ces initiatives, est encourageant. Toutefois, une des grandes difficultés que représente la démarche adoptée par le Comité est le manque de reddition de comptes précise. De plus, la charge de travail des personnes déjà extrêmement occupées, surtout les commandants adjoints du commandement des armées, peut hypothéquer l'attention que la question mériterait, malgré les meilleures intentions du monde. En ce qui a trait aux responsabilités, le SMA (RH-Mil) est manifestement la personne de l'organisation la mieux placée pour répondre au défi que représente la question des TSO, mais la majorité de mes recommandations exigeront la participation active des organisations et des personnes qui ne relèvent pas directement de son organisation.

346 L'activité du Comité sur les TSO devra être surveillée. On s'assurera ainsi que ce ne sont pas des employés des armées ayant moins de pouvoir qui sont délégués pour participer aux réunions. L'efficacité de la méthode employée par le Comité devra être surveillée afin que l'on puisse s'assurer que l'absence d'un seul point de responsabilité ne dilue pas les efforts déployés pour résoudre le problème. Enfin, il faudra se montrer extrêmement dynamique pour que ce Comité de haut niveau reste branché sur la réalité de ce qui se passe vraiment sur le terrain.

347 Au cours de l'enquête de suivi, nous avons cerné des questions importantes qui présentent d'importantes difficultés pour les soins des membres des FC souffrant de TSO : ressources, fossé grandissant entre la chaîne de commandement opérationnelle et les fournisseurs de soins et équité.

Ressources

348 Le manque de ressources est devenu une réalité des FC et occupe souvent l'avant-scène des discussions concernant la capacité de l'organisation d'envoyer des forces de combat en mission ou de remplacer de l'équipement vieillissant. Il ressort clairement maintenant que les restrictions financières ont des répercussions graves sur la façon dont l'organisation aborde les traumatismes liés au stress dans la plupart des domaines. Un commandant adjoint a décrit son dilemme de la façon suivante : « Je dois établir un équilibre entre la nécessité de faire preuve de compassion et d'offrir un traitement au soldat, d'une part, et la nécessité d'accomplir des tâches extrêmement lourdes, d'autre part. »

349 Les pénuries chroniques de personnel affectent la façon dont les militaires perçoivent les personnes souffrant de traumatismes liés au stress qui les entourent. Le degré de ressentiment qui s'accumule envers les militaires qui souffrent de ces traumatismes lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de faire la part qui leur revient ne peut être exagéré. À mon avis, il s'agit de l'un des éléments qui contribuent le plus à l'attitude très complexe des pairs vis-à-vis des personnes qui souffrent de traumatismes liés au stress.

350 À un niveau très fondamental, les pénuries constantes de temps et de ressources humaines et financières créent au sein des FC un stress sous-jacent qui atteint de dangereuses proportions. Ce problème est particulièrement grave au sein des organisations qui appuient les unités de combat.

351 L'une des pénuries les plus graves, c'est le temps. On a dit et répété à mes enquêteurs que la vie dans les FC n'est tout simplement « plus amusante ». On ne prend plus le temps de bâtir des relations et d'établir un sain esprit de corps dans une organisation où l'on doit toujours courir. Nous avons même entendu parler d'une unité qui a dû ordonner à ses membres de participer à une journée familiale. Le commandant tentait de bâtir l'esprit de corps au sein de son unité et d'inclure les familles, mais les militaires étaient trop fatigués et n'avaient qu'une envie, c'était de passer leurs rares temps libres à la maison. Les mots d'un commandant adjoint d'un

bataillon de l'infanterie résument bien la situation : « L'attribution des missions est la tâche la plus meurtrière de l'armée. »

352 La capacité de prendre le temps d'instaurer une nouvelle formation et (ou) des moyens de sensibilisation afin de changer la culture des FC de façon à ce qu'elle soit davantage axée sur la compréhension et accepte les traumatismes liés au stress est tout simplement inexistante. Ainsi, même si on tente de sensibiliser davantage les militaires au stress et aux traumatismes causés par le stress, et qu'on souhaite vraiment y parvenir, la capacité réelle de le faire est gravement mise à l'épreuve par le manque de temps – tant de la part de la chaîne de commandement opérationnelle que de la part des personnes qui pourraient offrir la formation.

353 Le degré de sensibilisation du milieu médical au rôle et aux fonctions des éléments opérationnels qu'ils servent est gravement limité par le temps dont ils disposent pour élargir leurs connaissances à ce sujet.

354 De l'avis de mon équipe d'enquêteurs, la grande majorité des membres de la chaîne de commandement s'engagent à faire mieux connaître les traumatismes liés au stress et à changer la culture. Toutefois, le manque de temps et de ressources constitue un obstacle à ces améliorations.

355 En outre, le manque de ressources alourdit la charge de travail du personnel soignant. Dans bien des cas, on a assuré à mes enquêteurs, au niveau national, que des ressources suffisantes étaient disponibles. Même si nous avons remarqué une amélioration dans certains secteurs, au niveau de l'unité, les pénuries étaient graves et entravaient la prestation des services. L'engagement est évident, mais la charge de travail est si lourde que, comme elle se combine aux répercussions des changements organisationnels, les initiatives habituelles de promotion du travail d'équipe en milieu de travail ont été abandonnées. Cette situation entraîne la détérioration du milieu de travail, ce qui crée encore plus de stress pour le personnel soignant. Les aumôniers, les travailleurs sociaux, les médecins, les infirmières, les psychiatres et les psychologues sont tous touchés par cette situation. Un aumônier a indiqué à mes enquêteurs qu'il avait bien hâte à son prochain déploiement afin de pouvoir enfin se reposer. Au sein même de la chaîne de commandement, des niveaux semblables de stress existent et empirent. Bien des fois, ce sont les interactions entre la chaîne de commandement et le milieu des soignants qui en souffrent beaucoup. Le simple manque de temps est probablement le facteur qui contribue le plus aux lacunes de plus en plus grandes

en matière de communication et à l'isolement grandissant de ces deux groupes.

Coût du recrutement

356 Le coût humain que représente le fait de ne pas s'occuper des TSO est considérable. De plus, les coûts financiers associés au remplacement des membres qui quittent les FC en raison d'un TSO sont immenses. Il faut compter environ 315 000 $ pour recruter et former un militaire avant qu'il ne soit jugé prêt au combat et qu'il puisse être déployé à titre de soldat d'infanterie.

357 Il est par ailleurs impossible de mesurer les coûts liés à la perte d'expérience, au moral peu élevé et au fait que les gens ne perçoivent plus les FC comme un endroit où on aimerait faire carrière. Il ne fait aucun doute que ces facteurs coûtent cher aux FC et contribuent encore à son piètre rendement dans le domaine du recrutement. Selon le rapport de la Vérificatrice générale du Canada d'avril 2002,

358 > « Malgré ces efforts, la campagne de recrutement actuelle n'a pas attiré un nombre suffisant de nouveaux membres de la Force régulière pour permettre aux Forces canadiennes d'atteindre leur objectif de 7 000 recrues. [...] Les Forces canadiennes doivent conserver leur personnel qualifié et expérimenté, et c'est pourquoi elles étudient des options relatives au maintien de l'effectif. »

359 Ce piètre rendement contribue à son tour à créer des pénuries de personnel. Les FC se retrouvent donc dans un cercle vicieux puisque les pénuries de personnel continuent d'intensifier le stress que vivent les militaires et représentent un obstacle à la résolution des problèmes liés aux TSO.

Coût des poursuites

360 Il existe un autre coût financier possible auquel j'ai fait allusion dans mon premier rapport : les poursuites. Actuellement, le ministère de la Défense (MOD) du Royaume-Uni fait face à des poursuites déposées par environ 2 000 anciens militaires qui souffrent ou pourraient souffrir du SSPT. La majorité de ces réclamations (1 700) sont regroupées en un recours collectif qui est actuellement devant les tribunaux. La valeur totale des

réclamations avoisine les 675 millions de dollars canadiens. L'affaire, qui devrait se conclure en 2003, a déjà coûté au MOD environ 30 millions de dollars en frais d'avocat seulement. Il est par ailleurs intéressant de constater que, selon le premier officier des réclamations du MOD, un des principaux points abordés au cours du procès est le fait que le MOD aurait créé une culture au sein de laquelle les personnes ont trop peur de se manifester pour recevoir un traitement rapidement. Parmi les autres points qui seront probablement soulevés au cours du procès, notons le devoir de diligence du MOD envers ses militaires, pendant leur service, au moment de leur réforme ou après; les séances d'information, les examens et les préparations avant le déploiement; les séances d'information après le déploiement; l'accumulation des expositions; le traitement et les ressources. Ces questions ressemblent à celles que j'ai abordées dans mon premier rapport. Les FC et le gouvernement canadien font maintenant face à une poursuite de 6 millions de dollars déposée par deux membres des FC. Ils affirment souffrir d'un SSPT qui, selon eux, est attribuable à divers facteurs, notamment des soins inadéquats pendant et après les déploiements à l'étranger, de même que par une augmentation de la charge de travail et des responsabilités.

Fossé grandissant entre la chaîne de commandement opérationnelle et les fournisseurs de soins

361 Il s'agit d'une situation grave qui se détériore avec le temps. Exacerbée par les pénuries de personnel et de temps, elle ne se réglera pas d'elle-même, malgré les grands efforts déployés par des membres très dévoués des deux milieux. En visitant les bases et les unités de tout le pays, mes enquêteurs se sont rendu compte que les membres de la chaîne de commandement faisaient de moins en moins confiance aux fournisseurs de soins. Maintenant que les médecins militaires peuvent accorder directement un congé de maladie, bien des personnes de la chaîne de commandement croient que ces fournisseurs de soins accordent des congés pour stress sans raison véritable. Par exemple, mes enquêteurs ont obtenu une information de « seconde main » selon laquelle un médecin militaire aurait accordé un congé lié au stress à une personne qui jugeait trop stressante sa recherche d'une maison. Les superviseurs nous ont confié que les billets médicaux sont « *inutiles* » puisque dans bien des cas ils indiquent seulement que la personne est inapte aux tâches militaires. Les superviseurs de la

personne ne peuvent pas obtenir de détails sur ce qu'ils pourraient faire pour l'aider.

362 Le personnel médical, qui a peu d'expérience militaire, voire aucune, s'appuie de plus en plus sur la perception de la chaîne de commandement qu'il a acquise en écoutant les patients. Ce point de vue unidimensionnel dépeint souvent les superviseurs comme étant insensibles et indifférents et comme des personnes qui cherchent à éliminer le problème plutôt qu'à aider le militaire à retourner au travail.

363 Ces deux perceptions – des professionnels de la santé frivoles qui distribuent des congés de maladie et des congés liés au stress sans justification, et une chaîne de commandement insensible et indifférente – sont si éloignées de la réalité que cela frôle le ridicule. Mais elles existent. Il suffit de passer un petit peu de temps avec l'un ou l'autre des deux groupes pour se rendre compte que le contraire est vrai. Les deux groupes sont manifestement dévoués, professionnels et résolus à faire ce qu'il y a de mieux pour le bien-être des membres des FC, de qui ils sont conjointement responsables. Nous avons été mis au courant de certaines initiatives locales par le truchement desquelles les chaînes de commandement tentaient de rapprocher les commandants opérationnels et les fournisseurs de soins pour qu'ils puissent discuter de ces questions de façon régulière et informelle. Un autre excellent exemple est la récente initiative du commandant du groupe-brigade à Edmonton qui a organisé un petit-déjeuner auquel étaient présents les fournisseurs de soins et les commandants locaux. Malheureusement, comme les deux groupes sont occupés, et de plus en plus occupés, ils ne peuvent consacrer suffisamment de temps au secteur de l'autre pour se départir complètement de leurs impressions fausses.

Équité

364 Un thème relevé constamment par mes enquêteurs tout au long de l'enquête était la question d'équité. Disons simplement qu'en tentant de bien traiter les militaires souffrant de traumatismes liés au stress, le système ne peut se permettre de créer des situations qui font en sorte que les autres auront l'impression d'être traités injustement.

365 Tout d'abord, l'iniquité, quelle qu'elle soit, est une source de mécontentement et peut miner le moral. Ensuite, elle augmente le degré de stigmatisation déjà associé aux membres souffrant d'un

traumatisme lié au stress. Dans bien des plaintes reçues par mes enquêteurs, le ressentiment face aux avantages perçus obtenus par les personnes chez qui on a diagnostiqué un traumatisme grave lié au stress est au cœur du problème. Ces avantages ont également tendance à laisser croire que certaines personnes tenteraient de les obtenir de façon malhonnête parce qu'ils sont si attrayants. Nous avons entendu parler d'un cas où un soldat est allé voir un aumônier et lui a dit : « Je suis un chef de famille monoparentale, et je vis beaucoup de stress. J'étais avec eux, j'ai vécu les mêmes choses, et je n'ai pas de SSPT, mais je pourrais aller voir un travailleur social et obtenir un diagnostic de SSPT très facilement. Je ne le ferai pas, mais c'est tentant. »

366 Pour toutes ces raisons, lorsqu'il y a vraiment des iniquités, elles doivent être éliminées, et il faut réfuter les mythes selon lesquels les personnes souffrant d'un traumatisme obtiennent tellement d'avantages. Par exemple, pouvoir gagner un deuxième salaire « souvent comme videur au centre-ville » selon les paroles d'un commandant, tout en gagnant un salaire des FC, constituait une grande source de ressentiment. Le fait de pouvoir obtenir une prestation d'invalidité d'ACC tout en demeurant au service des FC créait encore plus d'iniquités aux yeux de nombreux soldats. Un médecin militaire, qui travaille sur le terrain, a abordé le sujet en disant : « Je me demande pourquoi on a accordé des prestations d'ACC a des militaires supposément malades à qui on continue à verser leur solde de militaire. »

367 En réalité, aucun patient à qui nous avons parlé et aucun membre de leur famille ne choisirait la vie d'une victime du SSPT. La qualité de vie et même la durée de la vie sont grandement réduites, et le prix à payer pour les traumatismes causés par le service sont bien supérieurs à toute indemnité possible. Néanmoins, il faut se pencher sur la perception d'injustice, et les iniquités qui ont trait aux congés, aux salaires et aux indemnités doivent être réduites au minimum ou éliminées.

Conclusion

368 Le but du présent rapport est de fournir un instantané des progrès réalisés par les FC dans la mise en œuvre des recommandations au cours des neuf mois qui se sont écoulés depuis la publication de mon premier rapport sur cette question. Comme je l'ai souligné au début du présent rapport, il peut se passer des choses très importantes en neuf mois. Cela dit, je sais très bien qu'il faut du temps pour qu'une organisation aussi imposante que le MDN/les FC apportent des changements en profondeur. En particulier, le fait de changer la culture afin d'être plus compréhensif face aux traumatismes liés au stress ne peut s'accomplir du jour au lendemain, et le MDN et les FC ne font pas exception à la règle.

369 De façon générale, je suis heureux de constater qu'il y a eu beaucoup de changements positifs. La haute direction du MDN/des FC a reconnu que les TSO avaient de grandes répercussions sur l'efficacité opérationnelle. Elle a approuvé un programme qui, espérons-le, améliorera la formation sur les TSO et sensibilisera davantage tous les membres des FC, tout en ciblant tout particulièrement les leaders des FC. Le MDN et les FC ont créé et appuyé le projet de SSVSO. De plus, jusqu'à présent, tout indique que les ressources consacrées aux soins de santé mentale dans le théâtre des opérations et les programmes de réinsertion mis en place pour le groupe tactique qui est allé en Afghanistan ont porté fruit.

370 La haute direction des FC fait preuve d'engagement pour cerner les problèmes soulevés dans mon premier rapport et pour intensifier les efforts qui étaient faits avant sa publication. Toutefois, je m'inquiète du fait que ce sentiment d'urgence ne se reflète pas toujours plus bas dans la chaîne de commandement. Par exemple, dans certains secteurs que nous avons visités au cours de notre enquête, certaines unités de campagne ne demandent pas de formation sur les TSO, disant qu'il y a des priorités plus grandes. À mon avis, cette formation est essentielle pour aider à déstigmatiser les TSO chez les militaires. Un autre exemple, c'est que peu a été fait pour mettre en œuvre un projet pilote en vue d'ouvrir un CSTSO à l'extérieur de la base. Nous croyons que le fait d'ouvrir un CSTSO dans un lieu anonyme encouragerait les membres des FC à se manifester et à venir chercher l'aide dont ils ont besoin plus rapidement qu'ils ne l'auraient fait autrement, du fait que les CSTSO actuels sont situés à des endroits très visibles sur la base. À mon avis, une des conclusions les plus inquiétantes de notre enquête, c'est le fait que plusieurs militaires qui ont participé à l'OP APOLLO ont reconnu avoir besoin d'aide en raison d'un TSO possible, mais qu'ils refusent d'obtenir cette aide parce qu'ils ne croient pas que le système les protégera.

371 Je m'inquiète tout particulièrement du fait que, dans un domaine où le recrutement et le maintien des effectifs posent problème, on accepte de perdre inutilement des membres des FC précieux et productifs. Nombreux sont ceux qui considèrent un TSO comme un aller simple pour sortir des FC. Les lourds entraînements et engagements opérationnels, combinés à la restriction des ressources, non seulement créent du stress, mais isolent les militaires de leurs pairs qui, à leur avis, ne font pas leur part. Le ministre de la Défense nationale a récemment mentionné les risques liés à l'attribution de trop nombreuses missions au personnel militaire et à leur famille. Il a souligné que certains militaires vont tout simplement quitter l'armée si le problème n'est pas réglé.

372 À mon avis, le MDN/les FC doivent se montrer le plus proactifs et dynamiques possible lorsqu'il est question des TSO, et je suis heureux de noter que le MDN/les FC ont adopté une démarche beaucoup plus progressiste face aux questions liées aux TSO que certaines autres organisations militaires avec qui j'ai communiqué. Néanmoins, j'ai peur que tant que nous ne cernerons pas de façon dynamique les TSO sur tous les fronts, il est possible que le MDN/les FC, et certains membres des FC, s'embourbent dans des poursuites judiciaires très longues et très coûteuses, comme c'est le cas actuellement au Royaume-Uni.

373 Les lourdes tâches que nous exigeons de nos soldats, marins, aviateurs, quel que soit leur sexe, me sont apparues plus clairement au cours de la visite que j'ai effectuée en juillet auprès des membres des FC déployés pour l'OP APOLLO. J'ai rencontré des soldats des FC à Kandahar, et du personnel des Forces aériennes et de la Marine postés dans le Golfe. Nous avons demandé à ces militaires de faire des sacrifices extraordinaires en notre nom. Malheureusement, quatre soldats ont même sacrifié leur vie.

374 Les professionnels de la santé des MDN et des FC nous ont confié que des cas de TSO seront liés à l'OP APOLLO. Combien? C'est ce que nous verrons. Le MDN et les FC ont une dette envers ces militaires, et tous les autres militaires qui ont subi un TSO; ils doivent leur fournir les meilleurs soins possibles au sein d'une culture qui les appuiera et les acceptera. Je crois que le présent rapport montre que le MDN et les FC font des progrès considérables dans plusieurs secteurs et se rapprochent de ce but. Par contre, les progrès dans d'autres secteurs sont plus lents. Il y a encore beaucoup à faire.

375 Pour conclure, je voudrais rassurer les membres du MDN/des FC : je n'ai pas tourné la page sur la façon dont les TSO sont traités par notre armée. Bien au contraire, je crois que le travail de mon

Bureau sur le SSPT a entraîné un important mouvement qui doit être soutenu et sur lequel on doit s'appuyer pour aller plus loin. Notre travail, parallèlement au fait que le MDN/les FC ont affirmé qu'il faudrait plus de temps pour mieux évaluer les engagements renouvelés des FC en ce qui a trait aux TSO, exige un examen minutieux et plus constant du Bureau de l'Ombudsman. Ainsi, le bgén (à la retraite) Joe Sharpe a gentiment accepté de continuer à travailler à titre de conseiller spécial auprès de l'Ombudsman sur les TSO. Le bgén Sharpe est un officier à la retraite respecté de tous qui a acquis beaucoup d'expertise dans ce domaine et qui nous a beaucoup aidés au cours de notre enquête sur ces questions. En conséquence, il a accepté de me fournir une mise à jour régulière, et son évaluation de la situation. J'ai l'intention de présenter chaque année un rapport sur l'engagement constant du MDN et des FC en vue d'améliorer la façon dont les militaires qui souffrent de TSO sont traités.

Annexe : Liste des abréviations et acronymes

ACC	Anciens Combattants Canada
adjuc FC	adjudant-chef des Forces canadiennes
AILD	Assurance-invalidité de longue durée
ASPFC	Agence de soutien du personnel des Forces canadiennes
aum gén	aumônier général
BFC	Base des Forces canadiennes
CANFORGEN	Message général des Forces canadiennes
CD	Comité directeur
CEM (RH-Mil)	Chef d'état major (Ressources humaines – Militaires)
CEM SMA (RH-Mil)	Chef d'état major Sous-ministre adjoint (Ressources humaines – Militaires)
CEMA	Chefs d'état-major d'armées
CEMD	Chef d'état-major de la Défense
CGPM	Code de groupe professionnel militaire
Cpl	caporal
CRFM	Centre de ressources pour les familles des militaires
CS CEMD (TSO)	Conseiller spécial du chef d'état major de la Défense (traumatisme lié au stress opérationnel)
CSS	Coordonnateur de soin de santé
CSS	Chef du service de santé
CSTSO	Centre de soutien pour trauma et stress opérationnels
CTSO	Comité sur le traumatisme lié au stress opérationnel
CRFM	Centre de ressources pour les familles des militaires
CUT	Comité d'uniformisation des traitements
D Pol San	Directeur – Politique de santé
DAGRCM	Directeur – Administration et gestion des ressources (Carrières militaires)
DGCM	Directeur général – Carrières militaires

DGPPRHM	Directeur général – Politiques et planification en ressources humaines militaires
DGS San	Directeur général – Services de santé
DOAD	Directive et ordonnance administratives de la Défense
DPIE	Directeur – Politique d'instruction et d'éducation
DSBA	Directeur – Soutien aux blessés et administration
EISO	Équipe d'intervention spéciale de l'Ombudsman
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FC	Forces canadiennes
GAD	Groupe d'aide au départ
GMFC	Groupe médical des Forces canadiennes
GT F&S TSO	Groupe de travail sur la formation et la sensibilisation en matière de traumatisme lié au stress opérationnel
IRSP	Initiative de renouvellement des soins de première ligne
ISS FC	Instructions des services de santé des Forces canadiennes
LEPND	Liste des effectifs du personnel non disponible
MDN	ministère de la Défense nationale
MR	militaire du rang
OP APOLLO	opération Apollo
OP PALLADIUM	opération Palladium
OSP	Officier de sélection du personnel
QG GMFC	Quartier général du Groupe médical des Forces canadiennes
QGDN	Quartier général de la Défense nationale
QV	Qualité de vie
RARM	Régime d'assurance-revenu militaire
RECL	reclassement
SICC	Système d'information des coordonnateurs de carrière
SISFC	Système d'informations sur la santé des Forces canadiennes

SMA (RH-Mil)	Sous-Ministre Adjoint (Ressources humaines – Militaires)
SOFT	Secteur de l'Ouest de la Force terrestre
SREIFC	Service du recrutement, de l'éducation et de l'instruction des Forces canadiennes
SSPT	syndrome de stress post-traumatique
SSVSO	Soutien social aux victimes de stress opérationnel
SVIC	séance de verbalisation suivant un incident critique
TSO	Traumatismes liés au stress opérationnel
VAEM	visite d'aide d'état-major